

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

**UN CAS DE PARALYSIE LARYNGÉE ASSOCIÉE
D'ORIGINE TRAUMATIQUE (1).**

SÉMÉIOLOGIE DES PARALYSIES LARYNGÉES ASSOCIÉES.

Par **A. GIGNOUX**,

Ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Les observations de paralysie laryngée associée présentent un double intérêt, d'abord en raison de la difficulté de diagnostiquer la nature et le siège exact de la lésion causale, et ensuite par ce fait qu'elles apportent souvent des arguments importants dans la question de l'innervation du voile et du larynx.

La physiologie est d'accord actuellement avec la clinique pour enlever tout rôle au facial dans la motilité du voile, et les faits expérimentaux aussi bien que les observations ont démontré que le larynx et le voile ont une innervation commune assurée par les fibres motrices du pneumogastrique et du spinal. Mais l'accord n'est pas établi pour savoir si c'est la dixième ou la onzième paire qui préside à la motilité de ces organes.

Les uns, suivant l'ancienne théorie de Claudé Bernard, attribuent cette fonction au spinal : telle est l'opinion de Bischoff, Spitzka, Beevor et Horsley. Plus récemment Desvernine, reprenant les conclusions de Schmidt, admet que l'accessoire bulbaire innerve tous les muscles du voile, à l'exception

(1) Travail de la Clinique laryngologique de l'hôpital Saint-Luc.

du péristaphylin externe ainsi que les muscles phonateurs laryngiens, et que l'accessoire médullaire a sous sa dépendance un groupe musculaire d'une autre signification fonctionnelle présidant à la respiration, c'est-à-dire le crico-aryténoïdien postérieur, la portion claviculaire du trapèze et le sterno. Pour Desvernine, l'accessoire a donc une représentation bulbaire, et il y a indépendance physiologique des deux noyaux dorsaux vague et spinal.

Mais la plupart des auteurs acceptent l'ancienne conception de Willis faisant de l'accessoire un nerf exclusivement médullaire et attribuant au pneumogastrique toutes les racines bulbaires du spinal : c'est ainsi que Réthi, Volkmann, Onodi, Schwalbe, Grossmann, Grabower, Van Gehuchten s'accordent pour rapporter au pneumogastrique l'innervation du larynx et du voile du palais.

Réthi, expérimentant sur le lapin, chez lequel les racines du vague et du spinal sont réduites à trois cordons, trouve que l'excitation des fibres inférieures du cordon moyen produit la contraction des muscles du voile, à l'exception, bien entendu, du péristaphylin externe innervé par la racine motrice du trijumeau (Hein, Réthi). Il attribue ce cordon moyen exclusivement au pneumogastrique.

Pour Van Gehuchten, les filets moteurs du voile et du larynx naissent de la partie inférieure du noyau dorsal du vague, qui devient un noyau sensitivo-moteur, sensitif dans sa partie supérieure et moteur dans sa partie inférieure : le onzième bulbaire ne naîtrait donc pas d'un noyau bulbaire distinct, mais serait confondu avec l'origine des autres filets de la dixième paire. La question de l'innervation motrice du voile et du larynx est donc bien simplifiée, si, comme le propose Lermoyez, on rattache les racines bulbaires de la dixième et de la onzième paire en un seul groupe vago-spinal donnant l'innervation palato-laryngée, à l'exclusion du spinal, qui n'aurait plus que des racines médullaires.

Mais il reste à savoir quelle voie suivent les filets moteurs qui se rendent du bulbe au voile et au larynx. Pour Van Gehuchten, ils passent par les racines supérieures du vago-spinal, à l'exception des filets du thyro-aryténoïdien externe,

qui cheminent dans les racines inférieures. Pour Grabower, Réthi et Lermoyez, ces filets passent par les racines inférieures du pneumogastrique se réunissant, dit Réthi, pour constituer un tronc jadis appelé branche interne du spinal, qui se jette dans le ganglion plexiforme et s'y divise : une partie des filets nerveux descend dans le tronc du vague pour aller constituer les nerfs laryngés ; une autre partie traverse directement le ganglion et en sort pour former le nerf pharyngien.

Lesbre et Maignon ont repris récemment cette question en expérimentant sur le porc, chez lequel la branche interne du spinal, au lieu de se jeter immédiatement sur le vague, ne se réunit à lui que bien plus bas. Ils concluent de leurs expériences que tous les phénomènes de motilité du vago-spinal relèvent exclusivement de la branche interne de la onzième paire, qui renferme les filets moteurs du voile et du larynx et dont la section produit en outre l'accélération du cœur.

Enfin il faut rappeler que Geronzi et quelques auteurs italiens admettent la participation centrale de l'hypoglosse à l'innervation du voile, la douzième paire ayant ainsi un champ d'innervation plus étendu qu'on ne le croit et innervant seul ou conjointement à d'autres nerfs tous les muscles qui servent à la phonation articulée.

Ces considérations physiologiques permettent de comprendre facilement la pathogénie des paralysies laryngées associées. La conception du vago-spinal explique les faits de paralysie du larynx combinée à celle du voile, du trapèze et du sterno, puisque tous ces organes ont une innervation commune. C'est ainsi que l'hémiplégie palato-laryngée (syndrome d'Avellis) traduit une lésion de la branche interne du spinal ; cette lésion intéresse-t-elle la branche externe, on aura en plus une paralysie du sterno et du trapèze (syndrome de Schmidt). Enfin, si l'hypoglosse est atteint, à l'hémiplégie palato-laryngée s'ajoutera l'hémiatrophie de la langue (syndrome de Jackson).

I. SYMPTÔMES. — Les paralysies associées à l'hémiplégie laryngée demandent souvent à être recherchées avec attention. La paralysie unilatérale du voile ne détermine souvent que des troubles fonctionnels peu accusés et qui peuvent facilement passer inaperçus ; c'est l'examen direct du pharynx

qui fait faire le diagnostic; quand on provoque le réflexe pharyngien, ou lorsqu'on dit au malade de prononcer fortement la voyelle A, le voile relâché et tombant du côté paralysé se relève au contraire fortement du côté sain, et la luette se trouve incurvée dans le même sens.

Si la lésion atteint la branche externe du spinal en même temps que la branche interne, la paralysie du trapèze et du sterno s'associe à l'hémiplégie palato-laryngée. Pour Scholdt-mann, la paralysie du trapèze est incomplète, limitée à sa portion claviculaire. La section de la branche externe du spinal provoque d'ailleurs des troubles d'intensité et de durée variables, ce qui s'explique par la double innervation du trapèze et du sterno par la onzième paire et les nerfs cervicaux.

Enfin la lésion de l'hypoglosse se traduira par l'hémi-atrophie linguale, la déviation de la langue et parfois quelques troubles de la mastication et de la déglutition.

Les tableaux cliniques ainsi constitués peuvent se modifier par l'adjonction de paralysies intéressant différents nerfs simultanément atteints par la même lésion. On ne peut cependant décrire un syndrome particulier pour chacun de ces faits d'association paralytique: c'est ainsi que des troubles surajoutés ont pu s'observer du côté du facial (Bieck, Hamon du Fougeray, Lake, Rose et Lemaitre), de l'acoustique (Scholdt-mann), du moteur oculaire commun (Möbius, Ilberg), du moteur oculaire externe (Brindel, Rose et Lemaitre, Sinonin), du plexus brachial (Jackson, Souques et Chéné).

Ainsi que le fait remarquer Escat quand le tronc du vago-spinal est lésé, il est naturel que ses fibres sensitives soient en souffrance aussi bien que ses fibres motrices: aussi est-il intéressant de rechercher les troubles de la sensibilité et de voir s'ils peuvent donner quelques indications sur le siège de la lésion causale. La sensibilité du larynx, étant sous la dépendance du pneumogastrique par l'intermédiaire du laryngé supérieur, devra être plus ou moins altérée quand la lésion porte sur le tronc du vague au-dessus de l'émergence de ce rameau nerveux. Mais, d'après l'opinion de Masséi, l'anesthésie

bilatérale du vestibule laryngien constitue un signe prémonitoire de paralysie récurrentielle ; toutefois les recherches de Masséi, confirmées par Manciola et quelques auteurs italiens, sont en désaccord avec les observations de Kuttner, Meyer et Glas ; pour Glas, l'anesthésie du vestibule laryngé implique toujours une lésion du nerf laryngé supérieur.

La question se pose aussi de savoir si les lésions nerveuses unilatérales dans le domaine des laryngés supérieur et inférieur produisent des troubles uni ou bilatéraux. Pour Avellis, l'hémi-anesthésie du larynx est toujours d'origine hystérique, l'anesthésie provoquée par des lésions unilatérales s'étendant toujours à tout le larynx. Mais Glas et Yvanoff rapportent plusieurs observations d'hémi-anesthésie laryngée produite par des lésions organiques aussi bien des noyaux que du tronc du vague. Kuttner et Meyer, chez un malade ayant subi une section du laryngé supérieur, observent également une hémi-anesthésie du larynx, alors que le côté opposé reste sensible.

Quoi qu'il en soit, dans le syndrome d'Avellis, les troubles sensitifs semblent peu fréquents et, quand ils existent, sont le plus souvent signalés comme localisés au côté paralysé, ainsi que le témoignent les 4 observations de syndrome d'Avellis rapportées par Glas et de nouveaux faits mentionnés par Yvanoff. Contrairement à l'opinion d'Escat, il ne semble pas que la présence de troubles de la sensibilité permette d'affirmer que la lésion siège sur le tronc du nerf et non dans ses noyaux bulbaires. En effet, si ces troubles sont signalés, assez rarement d'ailleurs, dans des lésions périphériques (Falb, Tilley, Desvernine, Tapia, Zander, Yvanoff, Mayer, Mackenzie), ils sont mentionnés aussi dans des cas de lésions bulbaires : Cartaz les a signalés dans la syringomyélie, Scanes Spicer dans l'apoplexie bulbaire, Souques et Chéné dans le tabès, Eisenlohr dans une lésion bulbaire en foyer.

Comment interpréter maintenant cette absence fréquente de troubles sensitifs dans les lésions du vago-spinal. On peut conclure à l'intégrité du pneumogastrique, la lésion atteignant seulement le spinal. Rose et Lemaitre voient là seulement un fait d'observation générale, la résistance plus grande des fibres sensitives que des fibres motrices. En somme, il y a

souvent indépendance entre ces troubles moteurs et sensitifs, et il paraît donc difficile de préjuger d'après l'examen de ces derniers du siège exact des lésions du vago-spinal.

Escat a encore signalé dans le syndrome d'Avellis trois symptômes particuliers : 1^o la toux coqueluchoïde traduisant l'excitation des nerfs sensitifs de l'appareil pulmonaire ; 2^o la paresthésie de la branche auriculaire du vago-spinal provoquée surtout par la pression du tragus ; 3^o la tachycardie qui affirme l'insuffisance de la fonction frénatrice du vago-spinal.

La toux coqueluchoïde est signalée dans quelques observations (Schiffers, Fournier, Brindel, Tapia). Quant au signe du tragus, Escat dit l'avoir observé dans les compressions du pneumo-spinal, tandis qu'il ne l'a jamais constaté dans la compression isolée du récurrent : aussi pense-t-il que ce symptôme permet de différencier l'hémiplégie laryngée récurrentielle de l'hémiplégie laryngée par lésion du vago-spinal.

La tachycardie et les troubles du pouls n'apparaissent que d'une façon inconstante : ils sont mentionnés dans les observations de Traumann, Tapia, Brindel, Aronshon ; ils semblent fréquents dans le tabes, ainsi que le témoignent les faits rapportés par Aronsohn, Seiffer, Souques et Chéné et plusieurs observations de paralysie du spinal mentionnées dans la thèse de M^{lle} Avdakoff. Pour Traumann, Schmidt, Burchard, c'est la section du spinal au-dessus de sa division en deux branches qui provoque la perte de l'influence modératrice du vague sur le cœur ; cette opinion concorde avec les expériences de Lesbre et Maignon, qui obtiennent l'accélération du cœur après la section même unilatérale de la branche interne du spinal. Cependant, comme le font remarquer Scholdt-mann et Traumann, les troubles cardiaques sont rares dans les paralysies unilatérales de l'accessoire et n'apparaissent de façon constante qu'avec une paralysie double de ce nerf.

L'évolution des paralysies laryngées associées est souvent intéressante à suivre, car elle démontre bien que les différents syndromes cliniques que l'on a voulu créer ne sont pas des entités morbides ; ils peuvent en effet se transformer l'un en l'autre ou se présenter sous des formes très simplifiées.

L'affection débute de façon variable : tantôt la paralysie du voile et celle de la corde sont contemporaines, tantôt elles apparaissent à des époques différentes, et il faut remarquer dans ce cas qu'il est de règle que la paralysie de la corde précède celle du voile ; c'est ainsi que, dans les observations rapportées par Poli, ce fait est signalé cinq fois, tandis que le début par l'hémiplégie vélo-palatine n'est mentionné que dans une seule observation due à Bellin.

Quand la lésion atteint la branche externe du spinal, la paralysie des muscles de l'épaule peut de même précéder ou suivre l'hémiplégie palato-laryngée, et on voit ainsi s'effectuer la transformation du syndrome d'Avellis en syndrome de Schmidt. Enfin il est un fait encore digne d'attention : c'est la tendance à la régression de la paralysie palatine, alors que persiste encore celle du larynx ; il en est ainsi dans les observations de Lavrand, Lermoyez et Laborde, Foubin, Remak, Monisset et Bouchut, Lithgow, Simonin. Il semble donc que les fibres nerveuses du voile soient moins sensibles et plus résistantes que celles de la corde, puisque le voile reprend plus vite sa motilité et n'est touché souvent qu'après le larynx ; ainsi les différents syndromes de paralysie laryngée associée peuvent non seulement se transformer, mais aussi se présenter sous des formes incomplètes.

Le pronostic dépend essentiellement de la lésion causale. Lemaitre et Simonin ont appelé l'attention sur une forme particulière, dont ils ont réuni 5 observations et dans laquelle le syndrome est sous la dépendance de lésion syphilitique et a cédé au traitement. Un fait semblable a été rapporté encore par Lithgow. La guérison peut s'observer aussi dans quelques cas de névrite (Kuttner), mais en général l'hémiplégie palato-laryngée, bien que ne provoquant en elle-même que des troubles fort légers, est assez souvent sous la dépendance d'une lésion grave.

II. FORMES CLINIQUES. — 1^o *Syndrome d'Avellis*. — Il est constitué par l'hémiplégie palato-laryngée et a été décrit en 1891 par Avellis, qui attire l'attention sur la fréquence de la coïncidence de la paralysie de la corde et du voile, puisque, sur 150 cas de paralysie récurrentielle qu'il observe à la clinique

de Moritz Schmidt, 10 fois il a noté une hémiparésie du voile du même côté. Ce syndrome indique une lésion périphérique ou

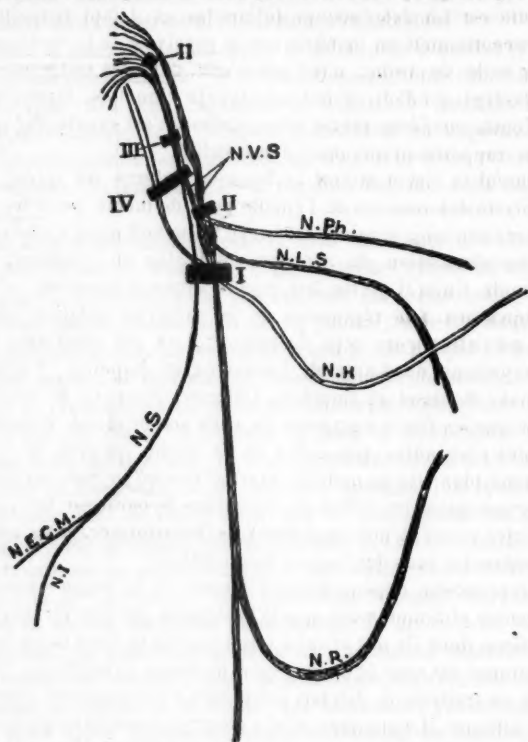


Fig. 1. — Schéma expliquant la pathogénie des divers syndromes (emprunté au mémoire de Tapia).

I, syndrome de Tapia; II, syndrome d'Avellis; III, syndrome de Schmidt; IV, syndrome de Jackson.

N. V. S., nerf vago-spinal; N. Ph., nerf pharyngien; N. L. S., nerf laryngé supérieur; N. H., nerf hypoglosse; N. R., nerf récurrent; N. S., nerf spinal (branche externe). Rameaux du sterno-mastoïdien et du trapèze.

centrale du nerf vago-spinal, mais siégeant toujours au-dessus de la partie moyenne du ganglion plexiforme, d'où se détachent

les filets nerveux qui vont au voile. Si la lésion est périphérique, elle atteint le nerf en dedans ou en dehors du crâne ; si elle est centrale, elle porte sur les noyaux bulbaires ; il est exceptionnel en effet que le syndrome soit d'origine cérébrale. Comte, dans sa thèse, ne rapporte qu'une observation où l'on ait constaté chez un pseudo-bulbaire une hémiplegie palato-laryngée à droite ; mais à l'autopsie, dit-il, les lésions sont tellement multiples dans l'hémisphère gauche et dans la protubérance qu'on ne peut savoir à quelles altérations il faut rapporter le syndrome.

2^o *Syndrome de Schmidt*. — Il est produit d'après Schmidt

par une lésion atteignant la branche externe du spinal en même temps que sa branche interne, et alors à l'hémiplegie palato-laryngée s'ajoutera la paralysie homolatérale du sterno-mastoidien et du trapèze. Pour les uns, dit Lermoyez, le syndrome de Schmidt exprime une lésion qui atteint la totalité du spinal ; pour les autres, il s'explique par une altération simultanée du pneumogastrique et du spinal médullaire rendue possible par l'accolement étroit de ces deux troncs au niveau du trou déchiré postérieur.

3^o *Syndrome de Jackson*. — La proximité de l'hypoglosse et du vago-spinal, soit au niveau de leurs noyaux d'origine, soit dans leur trajet périphérique, permet de comprendre qu'une même lésion puisse atteindre simultanément ces deux nerfs.

En 1864, Huglings Jackson et Morell Mackenzie avaient

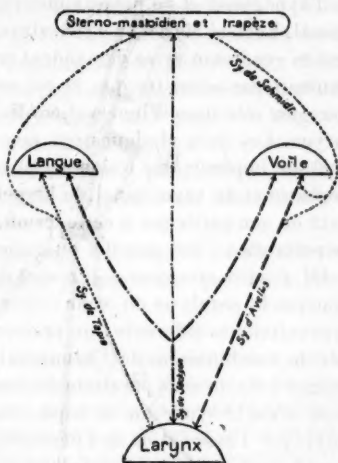


Fig. 2. — Schéma des paralysies laryngées associées (emprunté au mémoire de Tapia).

remarqué la coïncidence assez fréquente, dans les hémiatrophies de la langue, de la paralysie du voile et du larynx du même côté et l'avaient expliquée par le voisinage du noyau de l'hypoglosse et du noyau moteur du pneumogastrique et du spinal. Koch et Marie, en 1888, attirent de nouveau l'attention sur ce syndrome et se demandent même à ce sujet si on ne pourrait pas admettre que la colonne même de l'hypoglosse joue un rôle dans l'innervation des muscles du voile et du larynx. Les faits cliniques ont montré que le syndrome de Jackson implique une lésion périphérique ou centrale de l'hypoglosse et du vago-spinal, la branche externe du spinal pouvant ou non participer à cette lésion, suivant que le syndrome se présente à l'état complet ou incomplet.

III. FORMES ATYPIQUES. — Ce sont des formes incomplètes où manque la paralysie du voile : elles se présentent sous deux types cliniques différents : un premier syndrome est constitué par la combinaison de l'hémi-paralysie du larynx et de la langue avec ou sans paralysie du trapèze et du sterno-mastoïdien : c'est le syndrome de Tapia ; un deuxième syndrome est formé par l'association de l'hémiplégie laryngée et de la paralysie homolatérale des muscles innervés par la branche externe du spinal ; nous en rapportons une observation.

1° *Syndrome de Tapia.* — Tapia, qui a isolé cette forme clinique et qui en a expliqué la pathogénie, a pu en réunir 8 observations : 4 furent occasionnées par des lésions traumatiques (Tapia, Bobbio, Debove) ; 1 cas de Leudet était d'origine syphilitique ; 1 autre de Tapia fut occasionné par une tumeur cancéreuse de la région parotidienne ; dans une observation de Schiffrers, il fut impossible de préciser l'étiologie, et enfin dans 1 cas de Hirt et Buchwald la lésion semble d'origine centrale, consécutive à un foyer de ramollissement ou d'hémorragie.

Depuis lors, en 1908, Blanluet a rapporté un nouveau fait de syndrome de Tapia d'origine traumatique où l'hémiplégie du larynx et de la langue était associée à une lésion de la branche externe du spinal, du facial et du sympathique. Glas mentionne également une observation de Mayer dans laquelle ce syndrome est consécutif à un coup de pointe dans le cou

ayant produit une lésion du vague, de l'hypoglosse et du glosso-pharyngien.

Comme le fait remarquer Tapia (1), la pathogénie du syndrome nouveau est très claire; la lésion traumatique, syphilitique ou néoplasique, a été placée dans le vago-spinal ou dans les fibres récurrentiels en dessous du nerf pharyngien; elle a intéressé en même temps l'hypoglosse probablement au point où celui-ci croise le pneumogastrique pour gagner la langue; ainsi se trouve expliquée l'absence d'hémiplégie du voile; mais le syndrome serait toujours d'origine périphérique, et les observations de Hirt et Schiffers restent d'une interprétation obscure.

2° Hémi-paralysie du larynx, du trapèze et du sterno-mastoïdien. — Voici d'abord l'observation que nous rapportons:

Il s'agit d'un homme âgé de 34 ans, adressé, le 19 avril, par le Dr Siraud à la clinique laryngologique du Dr Garel, à l'hôpital Saint-Luc: ce malade se plaint de troubles de la voix et de l'audition consécutifs à une fracture de la base du crâne qu'il s'est faite il y a deux mois dans une chute sur la région temporale gauche. Il a toujours été bien portant auparavant, et les symptômes qu'il accuse sont apparus de suite après l'accident dont il a été victime. Il se plaint aussi d'un peu de gêne dans les mouvements du cou et de l'épaule du côté gauche; il n'a pas accusé de troubles de la déglutition, et jamais en avalant il n'a eu de retour des aliments par le nez.

A l'examen on constate:

Paralysie très nette du trapèze et du sterno-mastoïdien à gauche se traduisant par l'effacement des saillies de ces muscles, l'abaissement de l'épaule et la limitation des mouvements d'abduction et d'élévation du bras.

Paralysie faciale gauche portant sur le territoire du facial supérieur et du facial inférieur.

Paralysie de la corde vocale gauche en position semblant médiane, mais cependant un peu cadavérique, la corde droite ne rejoignant pas sa congénère en phonation; il n'existe ni anesthésie

(1) Tapia rapporte une nouvelle observation de ce syndrome produite par une tumeur de la région carotidienne (*Archivos de Rinologia*, oct. 1910).

du vestibule laryngé, ni aucun trouble de la sensibilité du larynx et du pharynx.

Surdité complète à gauche.

A l'examen, on ne constate aucun phénomène de paralysie du voile : celui-ci est également mobile des deux côtés. Le malade ne présente pas de paralysie de la langue, pas de troubles du pouls.

A la date du 30 mai, un deuxième examen permet de constater une légère amélioration de la paralysie faciale, mais la persistance de la paralysie de la corde, du sterno-mastoïdien et du trapèze.

Avec la lésion du facial et de l'auditif qu'il est facile d'expliquer dans une fracture de la base du crâne, il est intéressant de constater chez notre malade l'association de l'hémiplégie laryngée avec la paralysie homolatérale des muscles innervés par la branche externe du spinal.

Cette association paralytique ne semble pas très rare ; c'est ainsi que récemment Prota en rapporte un exemple dans lequel un malade, à la suite d'une plaie du cou, avait présenté une paralysie de la corde vocale gauche avec conservation de la sensibilité laryngée, atrophie du sterno-mastoïdien et du trapèze du même côté sans phénomène paralytique du pharynx et du voile ; l'auteur invoque une lésion du nerf spinal avant sa bifurcation en deux branches, mais il ne rend pas compte de l'absence d'hémiplégie du voile.

On peut rapprocher de ces faits d'autres observations semblables : Ehrenberg, Ilberg en signalent dans le tabès ; Sellig-m  ller, Gerhardt, Martius, Remak ont rapporté d'ailleurs des cas de paralysie double du spinal sans troubles du côté du voile. Schmidt, dans son étude sur la paralysie de l'accessoire, avait attiré l'attention sur ce type de paralysie intéressant la branche externe du spinal et la branche interne de façon incomplète donnant une paralysie isolée du crico-aryténoïdien postérieur avec intégrité du voile et du pharynx ; il attribue ce syndrome aux lésions situées dans le canal vertébral, dans la région radiculaire du spinal ou dans la moelle cervicale. Aronshon rapporte également un fait de paralysie du vago-spinal unilatérale à laquelle il attribue une origine centrale avec absence de paralysie du voile et intégrité du rameau pharyngien du vague.

Dans 2 observations de syringomyélie de Weintraud, se trouve signalée une paralysie isolée du crico-aryténoïdien et du trapèze du même côté. De même Léri et Boudet ont rapporté une observation de paralysie du spinal dans le tabes dans laquelle la paralysie de ce nerf n'est que partielle, intéressant dans sa branche externe le trapèze et non le sterno-mastoïdien et dans sa branche interne le larynx et non le voile. Griner, dans sa thèse, fait d'ailleurs observer qu'il peut se faire que la paralysie de la branche externe soit totale, tandis que celle de la branche interne n'est que partielle et qu'ainsi la paralysie des muscles du cou s'associe à la paralysie isolée d'un dilatateur.

Pour expliquer l'absence d'hémiplégie du voile, on ne peut invoquer dans toutes ces observations la même pathogénie que dans le syndrome de Tapia; la lésion, en effet, a un siège tout différent; elle est souvent radiculaire ou nucléaire, comme dans les observations de syringomyélie ou de tabes; dans le fait que nous rapportons, elle intéresse le spinal dans son trajet intracranien.

Faut-il alors admettre que d'autres nerfs que le vago-spinal peuvent concourir à assurer la motilité du voile? C'est ainsi que, pour Biancone, les manières diverses dont le voile se comporte dans les différentes lésions nerveuses ne peuvent s'expliquer que par la participation variable et inégale que ces nerfs prennent à former le réseau nerveux du voile, inégalité et variabilité grâce auxquelles tantôt c'est l'innervation d'un nerf, tantôt celle d'un autre qui prédomine.

Mais, bien qu'on ne puisse peut-être schématiser d'une façon très précise l'innervation du voile, le rôle primordial que joue le vago-spinal pour assurer la motilité de cet organe est suffisamment démontré par les observations avec autopsie et les faits expérimentaux. Il semble seulement que le voile est un organe moins sensible et moins délicat que le larynx et dont les troubles légers se révèlent moins facilement et souvent seulement quand la paralysie est bilatérale. D'ailleurs, plusieurs observations de syndrome d'Avellis permettent bien de constater que, dans les lésions du vago-spinal, la paralysie du voile est moins complète et moins tenace que celle de la corde ;

il faut donc admettre une plus grande résistance des faisceaux nerveux du voile ou peut-être une suppléance des fibres du côté opposé dans les lésions unilatérales.

Les faits de paralysie homolatérale de la corde, du trapèze et du sterno-mastoidien ne sont donc que des paralysies partielles et dissociées du vago-spinal ; ce qui démontre bien que les différents syndromes de paralysie laryngée associée ne sont pas des entités véritables, puisqu'on pourrait les multiplier en décrivant aussi bien des formes simplifiées que des formes nouvelles constituées par l'adjonction de paralysies dépendant de l'extension à d'autres nerfs d'une même lésion causale.

IV. DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des paralysies laryngées associées est complexe, car il faut chercher non seulement à déterminer la nature de la lésion causale, mais aussi à localiser cette lésion sur un point du trajet du vago-spinal compris entre l'émergence du nerf pharyngien et les noyaux moteurs bulbaires. On doit enfin reconnaître si le syndrome n'est pas sous la dépendance d'une affection de l'axe cérébro-spinal, s'il n'est pas par exemple symptomatique de tabes, de syringomyélie, de syphilis cérébrale : c'est là souvent tâche fort difficile, et nombreux sont les cas où il a été impossible d'établir un diagnostic précis.

Le syndrome d'Avellis peut se présenter dans deux conditions bien différentes : ou bien il apparaît comme vrai, affectant la forme d'un syndrome essentiel, ou bien il se montre au cours d'une affection du système nerveux central, parfois comme un épiphénomène de lésions variées et complexes. Il faut envisager dans le diagnostic du siège et de la nature de la lésion ces deux éventualités distinctes.

1° *Forme vraie.* — Poli, qui a pu réunir de nombreuses observations de paralysie laryngée associée, conclut de son étude que, lorsque le syndrome se présente comme vrai, le siège de la lésion est le plus souvent périphérique : les nerfs sont atteints dans leur trajet extracranien, au niveau du trou déchiré postérieur ou bien dans le crâne et dans la région radiculaire.

: Les traumatismes, les compressions et enfin les névrites

inflammatoires ou toxiques, telles seront les causes principales capables de produire le syndrome.

Le traumatisme, pour atteindre le vago-spinal au-dessus de l'émergence du nerf pharyngien, devra porter très haut dans une région où le nerf est profondément situé et semble peu exposé : il s'agira soit d'une plaie par instrument tranchant (Molinié, Avellis, Traumann), ou par balle de revolver, comme dans une deuxième observation de Traumann, soit d'une intervention chirurgicale, comme dans les faits rapportés par Mann et Remak. Dans le cas de Scholdtman, une fracture de la base du crâne a pu réaliser le syndrome d'Avellis associé à une lésion de la VI^e et de la VIII^e paire. Enfin Hamon du Fougeray a rapporté une observation où l'hémiplégie palato-laryngée fut consécutive à une lésion indirecte par traumatisme violent de la région maxillaire.

Les causes de compression du vago-spinal sont variées : il faut citer les lésions ganglionnaires tuberculeuses ou cancéreuses (Harmer, Avellis, Lermoyez), les lésions osseuses comme dans les observations de Sébileau d'ostéomyélite de la base du crâne ou de Botey de carie du temporal. Le syndrome peut être produit par une tumeur de la base du crâne (Brindel, Hoffmann, Schech, Bernhardt, Bellin, Vincent, Ywanoff). Tapia l'a signalé dans une tumeur parotidienne ; Wiersma, dans une tumeur de l'acoustique et Mann dans un sarcome du péricarde ; la cause de l'affection a pu être encore un anévrysme de l'artère vertébrale (Hayd et M. Schmidt), une thrombose du golfe de la jugulaire (Gradenigo), une tumeur du cavum naso-pharyngien adhérente à la colonne (Fränkel) et enfin un anévrysme de l'aorte (Avellis, Strazza).

Dans quelques observations, les auteurs ont pu invoquer comme étiologie une névrite inflammatoire ou toxique. Kuttner a signalé le syndrome dans la névrite grippale, Jacoby, dans la névrite alcoolique, et Remak dans la paralysie saturnine ; dans un fait de Lermoyez et Laborde, il s'agissait probablement de névrite par propagation d'un foyer suppuré de voisinage.

Enfin souvent le syndrome relève d'une affection générale, tuberculeuse ou syphilis, sans que l'on puisse, dans quelques

cas, déterminer le siège et le processus exact de la lésion. La tuberculose était en cause dans des observations d'Avellis, de Tapia, de Lavrand et Panier. La compression pouvait être produite par un nodule tuberculeux (Brindel) ou par de la méningite tuberculeuse basilaire (Nicolai).

La syphilis tient une place très importante dans l'étiologie du syndrome d'Avellis, bien qu'il soit souvent difficile de déterminer de quelle façon elle agit : c'est ainsi que, dans les observations de Poli, Tilley, Desvernine, on pouvait penser à une névrite syphilitique ; le plus souvent il faut incriminer des lésions de méningite de la base comprimant les troncs nerveux (Mouisset et Bouchut, Semon, Oppenheim, Bieck et Turner) ; mais, dans bien des cas, il est impossible de préciser le siège exact périphérique ou médullaire de la lésion syphilitique (Tapia, Falb, Jackson, Stephen Mackenzie, Lithgon).

Chauveau rapporte une observation de syndrome d'Avellis à laquelle il attribue une origine hystérique.

Mais, à côté de tous ces faits où l'on peut sinon affirmer, tout au moins présumer quelle est la nature de la lésion, il en est beaucoup d'autres dont l'étiologie reste inconnue : telles sont des observations rapportées par Avellis, Seanes Spicer, Paterson, Tapia, Möbius, Frédéric Spicer, Zander.

On voit donc que, si le syndrome apparaissant comme essentiel relève souvent, comme le dit Poli, de lésions périphériques, il est cependant quelques observations où l'on peut incriminer une origine bulbaire, dans la syphilis par exemple. Les autopsies sont rares qui ont permis de déterminer la pathogénie exacte de la paralysie : dans deux cas seulement de Wiener et d'Eisenlohr, elles ont pu révéler une lésion des noyaux bulbaires ; par contre, dans les observations de Mann Tapia, Poli, Lermoyez, Ywanoff, Harmer, Schech, elles ont montré, avec l'intégrité du facial, une lésion périphérique du vago-spinal, atteignant ce nerf au-dessus du ganglion-plexiforme, le rameau pharyngien du voile étant ainsi intéressé.

Cependant le syndrome semble d'une interprétation difficile quand il est occasionné par des lésions siégeant en des points très distants du tronc du vago-spinal, comme dans les observations d'anévrysme de l'aorte (Strazza), de lésions pul-

monaires (Lavrand), de sarcome du péricarde (Mann). Plusieurs hypothèses permettent d'expliquer alors la paralysie du voile : il peut exister une adénite haute qui agit par compression. Dans l'observation de Lavrand et Panier, les auteurs incriminent une compression du récurrent par des ganglions trachéobronchiques et une névrite ascendante du vague intéressant les rameaux du voile. Mann et Tapia émettent l'hypothèse que l'on peut invoquer aussi soit une inhibition par action réflexe exercée par les fibres sensorielles que certains auteurs assignent au récurrent, soit une anomalie du récurrent apportant des fibres nerveuses au pharynx.

2° *Forme symptomatique.* — La paralysie laryngée associée peut apparaître au cours d'une affection de l'axe cérébro-spinal, coexistant parfois avec d'autres lésions variées et complexes et n'occupant alors qu'une place effacée dans le tableau clinique ; dans ce cas, le siège de la lésion est généralement central, atteignant les noyaux bulbaires.

Parmi les lésions bulbaires pouvant déterminer le syndrome, il faut citer d'abord l'apoplexie bulbaire, qui présente une symptomatologie assez caractéristique, dont la complexité est en rapport avec l'étendue de la lésion (R. Müller, Scanes Spicer, Rose et Lemaître).

Cestan et Chenais ont attiré l'attention sur un syndrome bulbaire assez particulier déterminé par une lésion en foyer, le plus souvent un ramollissement de l'hémibulbe : c'est une paralysie bulbaire avec hémiplegie du type Avellis associée à un syndrome oculo-sympathique de paralysie, ou syndrome de Claude Bernard-Horner ; plus récemment Cauzard et Laignel-Lavastine ont rapporté un fait analogue dans le syndrome de Jackson.

La syringomyélie et le tabes sont les affections du système nerveux central dans lesquelles on peut rencontrer le plus souvent la paralysie laryngée associée. Elle est assez fréquente au cours de la syringomyélie, ainsi que le témoignent les observations de Bernhardt, Booth, Tilley, Hoffmann, Cartaz, Jobson Horne, Raymond et Guillaïn, A. Schmidt, Starr, Kretz, Rose et Lemaître ; les phénomènes moteurs varient de la parésie du crico-aryténoïdien postérieur à la paralysie com-

plète de la corde ; ils sont parfois associés à des troubles de la sensibilité.

Dans le tabes, bien que les troubles paralytiques soient en général bilatéraux, on peut cependant rencontrer l'hémiplégie palato-laryngée (Aronsohn, Seiffer, Ehrenberg, Strazza, Finder, Guillain et Laroche, Zwillinger). Les deux observations de Pel et Fournier concernent des cas de tabes très fruste et d'étiologie assez discutable.

Enfin on a rapporté des faits de syndrome d'Avellis dans la polioencéphalite (Eisenlohr, Henschen, Haviland Hall), dans la sclérose latérale amyotrophique (Poli), dans la sclérose en plaques (Jobson Horne), dans l'atrophie musculaire progressive (Poli), dans la paralysie générale (Avellis), dans la maladie de Morvan (Griner) et après des phénomènes apoplectiques (Avellis).

Si, dans toutes ces observations, le syndrome semble avoir une origine bulbaire, la question peut se poser cependant dans quelques cas de savoir si l'hémiplégie palato-laryngée peut être produite par des lésions cérébrales : un fait de ce genre est signalé dans la thèse de Comte ; mais cette éventualité est exceptionnelle.

D'autre part, on peut aussi se demander si parfois la lésion est vraiment bulbaire ou s'il ne faut pas plutôt lui assigner une origine radiculaire ; dans le tabes, par exemple, on peut discuter la pathogénie de la paralysie du spinal. Souques et Chéné, M^{lle} Avdakoff pensent qu'elle reconnaît pour cause plus souvent une altération des filets radiculaires par des lésions méningées qu'une lésion des noyaux bulbaires. Cependant Léri et Boudet ont rapporté l'observation d'un tabétique chez lequel des phénomènes de nature nettement centrale se trouvaient associés à une paralysie du spinal.

Il est certain que le contrôle des autopsies manque souvent pour trancher définitivement la question. Le diagnostic des paralysies laryngées associées est donc souvent tâche fort difficile, puisqu'il ne suffit pas toujours de connaître la lésion pour en expliquer la pathogénie exacte : celle-ci est facile dans les cas de traumatisme, de compression directe ; mais, dans la

syphilis, par exemple, on ne peut émettre souvent que des hypothèses.

Depuis que Hugling Jackson et Avellis ont attiré l'attention sur les syndromes de paralysie laryngée associée, les observations se sont multipliées ; mais il semble qu'à chaque fait nouveau correspond un mécanisme différent. Cependant l'interprétation de ces syndromes est intéressante, car ils relèvent souvent de lésions bulbaires, d'affections de l'axe cérébro-spinal, et tiennent ainsi une place importante en séméiologie nerveuse.

DE L'OSTÉOFIBROME DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

Par **Louis GAGNIER**,Ancien externe du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital
Saint-Antoine.

HISTORIQUE. — Les tumeurs bénignes du maxillaire supérieur et du sinus maxillaire, bien que moins fréquentes que les tumeurs malignes, ne sont cependant pas quantité négligeable.

Sur 307 observations réunies par O. Weber, les tumeurs bénignes sont au nombre de 80, soit un peu plus du quart; parmi celles-ci, on trouve 32 ostéomes et 17 fibromes.

L'étude de plus récentes statistiques nous montre que, sur un total de 994 tumeurs, il y avait 45 ostéomes et 22 fibromes, proportion sensiblement égale à celle donnée par O. Weber.

Les ostéomes représentent donc 4,8 p. 100 du total des tumeurs bénignes; les fibromes, 2,3 p. 100 du total des tumeurs et 13 p. 100 des tumeurs bénignes du maxillaire supérieur.

Mais, quand on parcourt avec soin toutes les observations publiées d'ostéomes et de fibromes du maxillaire supérieur, on s'aperçoit bientôt que, en dehors des observations précises et indiscutables d'ostéomes et de fibromes, il existe un certain nombre de cas qui relèvent à la fois de l'ostéome et du fibrome et qui établissent entre ces deux affections des relations, des points de contact, des traits d'union assez importants pour constituer une variété à part : l'OSTÉOFIBROME.

Nous avons réuni, à propos de ce travail, 33 observations de tumeurs fibreuses, fibro-cartilagineuses ou ostéofibreuses du sinus maxillaire, ou de ses parois.

Ces observations se décomposent de la manière suivante :

| | |
|---|--------|
| 1° Tumeurs fibreuses du maxillaire et de ses parois.. | 49 cas |
| 2° Tumeurs fibro-cartilagineuses..... | 7 — |
| 3° Tumeurs fibro-osseuses..... | 7 — |

Quelque faibles que soient ces chiffres, ils doivent donner une idée exacte de la proportion relative des ostéomes, des fibromes et des ostéofibromes du sinus maxillaire et de ses parois.

Des 7 observations de tumeurs ostéofibreuses que nous avons colligées, 3 sont anciennes, 4 sont toutes récentes, et par la précision de leurs détails, par la similitude de leurs traits, méritent une place spéciale dans l'histoire de l'ostéofibrome.

Des 3 observations anciennes, la première en date remonte à 1855. C'est une observation d'Ellie Jones, recueillie au Ch. Nothers Hospital de Liverpool et résumée dans l'*Union médicale* de 1855.

La seconde est une trouvaille de dissection sur le cadavre d'un homme « dont la charpente maxillaire ne présentait aucune malformation » (Zuckerkandl, trad. Garnault, Masson, 1895, I, p. 343).

La troisième est une observation de Schultze, publiée dans sa thèse (Greifswald, 1897).

Des 4 observations récentes : Bellin, Cauzard, Uyeno (de Breslau), l'observation princeps est celle d'une malade que nous avons pu examiner à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de notre maître M. le D^r Lermoyez, observation prise et publiée par M. le D^r Bellin, qui l'a mise à notre disposition avec une amabilité dont nous ne saurions trop le remercier.

L'examen histologique si précis qui en a été fait par M. le professeur agrégé Lecène a démontré avec une netteté absolue que, dans cet ostéofibrome des parois du sinus maxillaire, la lésion était caractérisée par la multiplication des éléments fibreux des canalicules de Havers et que, au point de vue histologique, l'affection pouvait être dénommée : FIBROME DIFFUS DES ESPACES MÉDULLAIRES DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

Dans l'observation due à l'obligeance de M. le D^r Cauzard, l'examen histologique, fait par M. le D^r Laignel-Lavastine, confirme en tous points celui de M. le professeur agrégé Lecène.

Il en est de même des examens rapportés par Uyeno (de Breslau), résumés par Lecène dans le *Journal de chirurgie* de 1910.

Tous les détails de ces examens sont absolument superposables; ils semblent calqués les uns sur les autres et établissent d'une manière indiscutable l'existence d'un type parfaitement individualisé, quoique très rare : LE FIBROME DIFFUS DES ESPACES MÉDULLAIRES DU MASSIF MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Examen macroscopique.* — Au point de vue macroscopique, le maxillaire supérieur est extérieurement déformé au niveau de ses moindres résistances.

Il a été distendu par la tumeur, qui a commencé par combler l'antre, avant de refouler ses parois.

Dans tous les cas, sauf celui de Zuckerkandl, à la place de la fosse canine, on trouve une voussure qui bombe en avant et qui diminue la dépression sous-zygomatique. Elle s'étend de l'arcade zygomatique et du plancher de l'orbite au rebord alvéolaire, et même, dans un cas d'Uyeno, la tumeur empiétait sur l'arcade zygomatique.

Du côté du palais osseux, on note également une déformation. « La voûte du palais osseux est abaissée en totalité à droite; cet abaissement, maximum au niveau du bord gingival qu'il continue, va s'atténuant en gagnant la ligne médiane pour insensiblement s'y terminer. L'arcade dentaire est élargie » (Bellin). Cependant la déformation de la voûte palatine peut ne pas exister, mais il y a toujours un épaississement du côté externe du rebord alvéolaire, et on remarque l'absence d'une ou de plusieurs dents au maxillaire malade.

Enfin, dans aucun cas, la tumeur n'envahit les fosses nasales, qui restent normales.

Si on examine la tumeur une fois enlevée en entier et d'une seule pièce, on remarque que le massif maxillaire supérieur, au lieu d'être creusé d'une cavité, l'antre d'Higmore, forme un bloc compact, et que immédiatement au-dessous de la coque osseuse superficielle on trouve du tissu spongieux. Ce tissu, semblable à du tissu osseux très peu résistant, ne présente à l'œil nu aucune limite entre le tissu sain et le tissu malade; il est impossible d'apercevoir un plan de clivage ou une trace de la cavité de l'antre; on ne rencontre même pas, comme dernier vestige du sinus, une fente virtuelle constituée par deux portions de muqueuse accolées l'une à l'autre.

Examen histologique. — Les trois observations, où nous trouvons un examen histologique détaillé, sont celles des Drs Bellin, Cauzard et Uyeno (de Breslau).

Ces trois examens sont absolument identiques : on les dirait calqués l'un sur l'autre; ils sont superposables. Les trois tumeurs se composaient de trabécules osseuses, fines, d'une structure et d'un développement normal, s'intriquant et s'entreprenant en jeu de patience avec du tissu fibreux pur, qui avait totalement remplacé la moelle osseuse.

Ce tissu conjonctif bien développé, formé surtout de cellules fusiformes, à petits noyaux, est caractéristique des fibromes. *Nulle part on n'a trouvé de cellules atypiques ni de myéloplaxes.*

Nous pouvons donc dire avec MM. Lecène et Laignel-Lavastine que ces tumeurs sont des *ostéofibromes* ou mieux encore des *fibromes diffus des espaces médullaires*.

Au point de vue histologique, nous nous trouvons en face de cas identiques, d'une variété rare, mais curieuse et bien définie, de tumeurs fibreuses du maxillaire supérieur, qui, malgré leur nombre restreint, nous permettent de les classer tout à fait à part, parmi les tumeurs bénignes du massif maxillaire supérieur.

SYMPTÔMES ET ÉVOLUTION. — Selon toute vraisemblance, avant de se montrer au dehors et de pouvoir être diagnostiqués, les ostéofibromes du maxillaire supérieur, comme les fibromes, comme les ostéomes, plus peut-être que ces derniers, passent par une phase latente dont la durée doit être considérable.

Au bout d'un temps variable, qui se compte par mois, peut-être par années, l'affection devient visible, tangible; les proches sont frappés de l'altération des traits, de l'asymétrie faciale. Le malade qui ne souffre pas, ou qui ne souffre guère, se décide à consulter; il veut savoir ce qu'est cette saillie osseuse qui va s'accroissant lentement, mais néanmoins d'une façon sensible et progressive.

SIGNES PHYSIQUES. — *La déformation de la face.* — L'asymétrie faciale est, en effet, le signe qui apparaît le premier, ou tout au moins qui est le premier remarqué par le malade et son entourage.

La joue se déforme petit à petit et présente un relief qui s'accuse de plus en plus. Cette déformation se révèle d'abord du côté de l'arcade zygomatique, qui est plus saillante qu'à l'état normal et semble projetée en avant. Puis la fosse canine se comble peu à peu et, à son tour, toute la face antérieure du maxillaire supérieur bombe en avant, prend une forme hémisphérique qui fait disparaître de sa surface tous reliefs ou dépressions qu'on y constate habituellement. Les téguments ne sont pas infiltrés; ils gardent leur teinte et leur aspect normaux et restent mobiles sur les plans osseux. L'apophyse montante du maxillaire supérieur malade reste sensiblement semblable à celle du côté sain; la racine du nez n'est point épaissie.

La palpation révèle à la place de la fosse canine une saillie lisse et régulière, d'une dureté osseuse, qui ne présente aucun point de moindre résistance. Il est également impossible d'obtenir la crépitation parcheminée.

Examen de la bouche. — A l'examen de la bouche, ce qu'on voit tout d'abord, c'est que le malade a fait arracher tout, ou partie des dents du maxillaire atteint. On remarque également que le bord alvéolaire est épaissi et que souvent la portion du palais osseux qui correspond au plancher du sinus est abaissée et projetée dans la cavité buccale. La muqueuse palatine et gingivale garde son aspect et sa teinte normale.

Examen du nez. — L'examen des fosses nasales nous montre que, là, rien n'est changé. Les méats inférieurs et moyens présentent une profondeur normale et la muqueuse à leur niveau, pas plus qu'ailleurs, dans les fosses nasales, ne présente de signes de dégénérescence ou de traces de pus.

Translumination du sinus. — Le maxillaire étant transformé en un bloc compact, la translumination est absolument négative du côté malade.

Radiographie et radioscopie. — L'examen radiographique fait constater une opacité très marquée de tout le massif du maxillaire du côté malade.

Jaugeage du sinus. — Enfin, si l'on veut faire le jaugeage du sinus, on voit que la cavité sinusale n'existe plus.

SIGNES FONCTIONNELS ET GÉNÉRAUX. — Il n'y a aucun signe fonctionnel du côté du nez.

Seule, la douleur mérite d'être étudiée; c'est, quand elle existe, une névralgie limitée à la seconde branche du nerf trijumeau, sans irradiation appréciable du côté de la branche ophtalmique de Willis ou du nerf maxillaire inférieur.

Pendant tout le temps de son évolution, la tumeur n'envahit jamais les tissus voisins; elle ne se généralise ni dans les ganglions, ni dans le reste de l'économie, et n'a aucun retentissement sur l'état général du patient.

En résumé, on peut dire que ce qui frappe le plus dans les symptômes de l'ostéofibrome diffus du maxillaire supérieur, c'est la lenteur et la bénignité de son évolution, le petit nombre de signes qu'il présente, l'absence complète de tout caractère malin et de toute complication.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT. — La déformation de la région, l'asymétrie faciale, l'éclairage méthodique des cavités accessoires, la ponction et le jaugeage du sinus maxillaire, l'examen radioscopique, l'état du plancher de l'orbite, de la voûte palatine et du rebord alvéolaire, nous fournissent des renseignements suffisants pour conclure à une tumeur solide et dure du maxillaire supérieur, ayant comblé peu à peu l'antre d'Highmore.

L'absence de signes de spécificité et l'unilatéralité des lésions nous permettent d'écarter l'hypothèse d'affections chroniques spécifiques, telles que : tuberculose, syphilis ou léontiasis osseuse.

L'évolution très lente et peu douloureuse de la tumeur, le fait qu'elle n'envahit pas les tissus voisins et ne se généralise ni dans les ganglions, ni dans le reste de l'économie, doivent nous faire rejeter l'idée de tumeur maligne.

Mais alors à quelle variété de tumeurs bénignes et dures du maxillaire supérieur avons-nous affaire? Est-ce un fibrome, un chondrome, un ostéome à l'état de pureté ou une tumeur mixte, fibro-chondrome, ostéochondrome ou ostéofibrome? Seule, une biopsie prudente pourra préciser le diagnostic et nous montrer la nature exacte de la tumeur.

La bénignité de ces néoplasies et leur évolution lente per-

mettent, en général, de retarder assez longtemps et sans inconvénient l'intervention du chirurgien.

Lorsque, par suite du développement progressif de la tumeur, on y aura recours, on fera la résection partielle du maxillaire supérieur par voie bucco-gingivale. C'est l'opération de choix; elle est rapide en son exécution et très esthétique. Elle est suffisante, car elle permet, avec un bon éclairage, tout en conservant autant que possible le rebord alvéolaire, de dépasser les limites du néoplasme, condition nécessaire pour éviter une récurrence.

Si la néoplasie s'étendait surtout vers la partie supérieure du massif maxillaire, on pourrait avoir recours à la résection partielle avec incision externe cutanée.

Enfin nous pensons que la résection totale du maxillaire, avec ses grands délabrements, qui obligent le chirurgien à une prothèse immédiate ou tardive, doit être réservée au cas de récurrence de la tumeur, récurrence qui, d'ailleurs, n'a pas encore été constatée jusqu'ici.

OZÈNE ET RÉÉDUCATION RESPIRATOIRE NASALE (1). **NOUVEL ESSAI THÉRAPEUTIQUE.**

Par **Robert FOY.**

INTRODUCTION.

Définition. — S'il est une affection aussi répandue que tenace, c'est l'ozène, ou punaisie, ou rhinite atrophique fétide, caractérisée, d'après la définition de M. Moure, « par l'atrophie des cornets, de la muqueuse nasale, par une hyper-sécrétion purulente spéciale, ayant tendance à se concréter sous forme de bouchons verdâtres, noirâtres, croûteux, plus ou moins secs, poussiéreux, et répandant une odeur fétide caractéristique ».

But à atteindre. — Dans son beau rapport au Congrès de 1897, M. Moure s'exprimait ainsi : « Nous ne pourrions considérer comme réellement efficaces et curatives de la maladie que les médications qui permettront au malade, une fois le traitement terminé, d'oublier à jamais l'affection dont il a été atteint et de rester guéri dans toute l'acception du mot, en considérant comme guéris les malades chez lesquels la sécrétion est assez peu abondante et assez liquide pour ne plus se concréter sous forme de croûtes plus ou moins épaisses et dans tous les cas odorantes.

De telle sorte que les malades, guéris de leur rhinite fétide, ressemblent à ceux que nous appelons des malades porteurs de cavités nasales agrandies, par toute autre cause, par

(1) Travail remis au Congrès de la Société française de laryngologie, mai 1910.

Voir communications à la Société parisienne de laryngologie, 10 janvier et 10 février 1910.

Travail du service du Dr Lermoyez (hôpital Saint-Antoine).

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXVI.

exemple les anciens opérés de polype ou de tumeurs des fosses nasales. »

Les malades des observations que j'apporte satisfont depuis un temps variable de deux à douze mois aux conditions exigées par M. Moure.

PRINCIPES DU TRAITEMENT.

Respiration vicieuse. — J'ai remarqué, après des interrogatoires minutieux, que la plupart des ozéneux ne respirent absolument pas, ou très insuffisamment, par le nez, ce vice respiratoire s'accompagnant à des degrés divers d'anoxémie, c'est-à-dire d'insuffisance des échanges respiratoires, cette anoxémie se manifestant par de la céphalée, des vertiges, des insomnies, des cauchemars, du ronflement, des palpitations, de l'oppression, de l'asthénie. Ce sont là les mêmes troubles fonctionnels que dans l'insuffisance et l'impotence nasale. Certains ozéneux toutefois semblent respirer suffisamment, ont une santé excellente et une capacité respiratoire au-dessus de la normale.

Comment elle s'établit. — L'établissement de la respiration buccale est facile à comprendre dans l'ozène, si l'on veut bien considérer que cette affection débute presque toujours dans l'enfance ou dans l'adolescence par un coryza chronique infectieux, spécifique ou non, entraînant une hypertrophie de la muqueuse des cornets, hypertrophie formant obstacle matériel à la respiration nasale. Il semble que secondairement la fonction respiratoire étant abolie d'une part, la muqueuse baignant d'autre part en milieu septique, l'organe, suivant des lois d'évolution constantes, tende à régresser anatomiquement et fonctionnellement.

L'air stimulant fonctionnel. — Mon attention se trouvant attirée du côté de ce vice respiratoire à peu près constant, j'ai pensé qu'en restituant aux ozéneux une respiration nasale physiologique, suivant les procédés que j'employais pour les insuffisants et les impotents fonctionnels, j'arriverai peut-être à modifier la vitalité de la muqueuse nasale. Je supposais, en effet, que le courant aérien respiratoire devait être à la fois un stimulant mécanique et chimique de la muqueuse, capable

de lui rendre ses fonctions normales, endormies ou perverses ; que cet excitant, ce stimulant physiologique une fois restitué agirait, mais d'une façon permanente et durable, comme agissent d'une façon seulement passagère les excitations artificiellement créées par les moyens thérapeutiques actuels.

Respiration et digestion. — La nécessité de l'excitation aérienne, pour la vitalité et le bon fonctionnement des muqueuses nasales, pharyngées et laryngées, serait assez comparable à l'excitation alimentaire nécessaire au bon fonctionnement de la muqueuse gastrique. Il est admis qu'une muqueuse digestive insuffisamment alimentée tend à s'atrophier et à pervertir ses sécrétions ; on pouvait penser qu'il en était de même pour une muqueuse respiratoire insuffisamment aérée ; et puisque la fonction crée l'organe, *a fortiori* la fonction est indispensable à l'organe.

Action sur les anaérobies. — On pouvait enfin penser que, par le rétablissement du courant aérien physiologique, les anaérobies qui semblent être en nombre dans l'ozène et jouer, pour certains auteurs, le rôle principal, seraient fort malmenés, sinon détruits.

L'expérience clinique semble confirmer par des faits ces hypothèses.

INSTRUMENTATION

Je ne rappellerai que rapidement cette instrumentation, l'ayant longuement décrite dans les publications antérieures. Sont nécessaires (fig. 1) :

Air comprimé. — Une source d'air comprimé, soit en tube, soit par canalisation urbaine. On peut y adjoindre une source d'oxygène comprimé.

Manomètre. — Un manomètre détendeur permettant de régler la pression de 0 à 2^kg,500 maximum.

Barboteur. — Un barboteur humidifiant l'air et retenant les poussières.

Manette. — Une manette de réglage sur le barboteur permet d'envoyer ou d'interrompre le courant et, par conséquent, de rythmer la respiration.

Suspension. — Un appareil de suspension maintient en place les olives introduites dans les fosses nasales.

Olives. — Des olives à doubles conduits, le supérieur amenant l'air comprimé dans les fosses nasales, l'inférieur laissant celles-ci en communication avec l'extérieur, permettant à l'expiration de se faire à l'air libre, et mettant à l'abri de tout danger, par excès de pression, les cavités de la face et de l'oreille moyenne.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Vérifier le bon fonctionnement de l'appareil.

Régler les manomètres.

Position des olives. — Grâce à la mobilité des olives, le courant peut être dirigé en tous les points des fosses nasales, et principalement vers la paroi supérieure. Il est important que le sujet sente l'air passer frais dans son pharynx.

Rythme. — L'air sera envoyé suivant le rythme physiologique, alternativement d'abord, dans chacune des fosses nasales, puis simultanément dans les deux fosses nasales à la fois.

L'air est envoyé pour commencer pendant l'inspiration seulement, puis ensuite, après une légère interruption du courant, à l'expiration. Cette dernière manœuvre produit un brassage intense de l'air dans les fosses nasales, qui se trouve projeté dans toutes les directions ; détermine une sensation de fraîcheur extrême dans les fosses nasales, qui tend à réveiller la sensibilité profonde de la muqueuse ; permet enfin de prolonger au maximum l'expiration thoracique, ce qui à la longue accroit la capacité respiratoire.

Capacité respiratoire. — Il est important de développer cette capacité, puisque plus grande elle sera, plus grande sera la quantité d'air passant par les fosses nasales, à chaque inspiration et à chaque expiration, et plus puissant sera l'excitant physiologique de la muqueuse ; le malade deviendra pour ainsi dire son propre instrument de traitement.

Gymnastique respiratoire. — Aussi est-il parfois nécessaire d'aider au développement de cette capacité par des exercices très simples de gymnastique respiratoire thora-

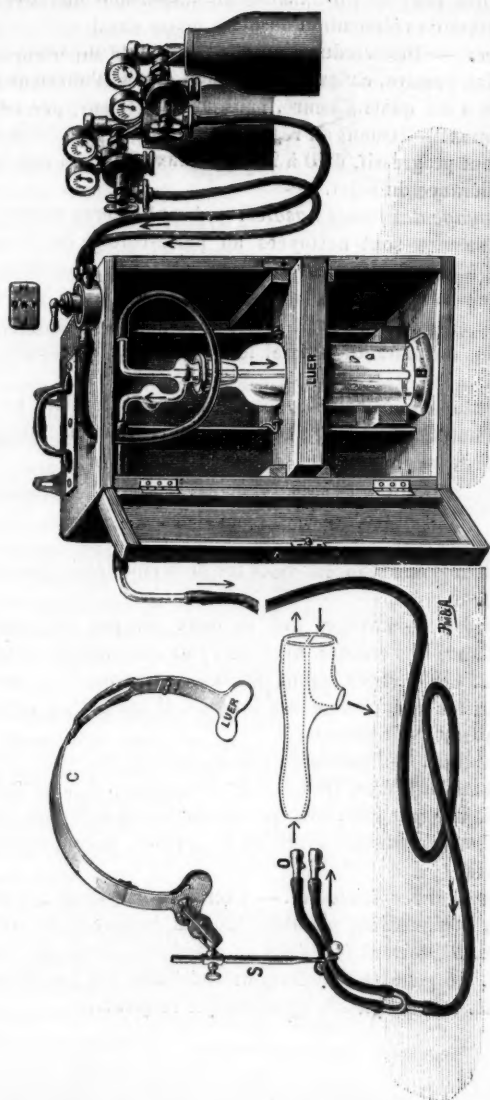


Fig. 1. — Respirateur nasal à pression.

cique, qui peuvent être exécutés en même temps que les manœuvres de rééducation nasale.

Durée. — Cette rééducation par l'air comprimé étant pour ainsi dire passive, chaque séance peut être prolongée de dix minutes à un quart d'heure, sans aucune fatigue du sujet.

Pression. — Quant au réglage de la pression, il doit être lentement progressif, de 0 à 2^e,500 maximum, suivant l'âge et la tolérance du sujet.

Nettoyage des fosses nasales. — Avant chaque séance, les fosses nasales sont nettoyées au porte-coton, de façon à mettre à nu, à décaper parfaitement toute la muqueuse. Après ce décapage, un tampon d'ouate est laissé quelques minutes en place, aspirant les mucosités invisibles accumulées dans les anfractuosités et les replis de la muqueuse des méats.

Ce nettoyage au porte-coton pourrait être remplacé par un lavage boraté ou salé, fait par le médecin, immédiatement avant la séance.

PRESCRIPTIONS JOURNALIÈRES.

En dehors des séances, voici les prescriptions à donner au malade.

Lavages. — Lavages une ou deux fois par jour suivant l'abondance des croûtes, avec de l'eau très chaude, salée ou boratée. Ces lavages seront diminués, espacés, puis supprimés, au fur et à mesure des progrès. Il est parfois possible de ne pas y avoir recours.

Pommade. — Pommade iodée ou soufrée, ou mieux encore au baume du Pérou (formule de Bourgeois). A mettre deux ou trois fois par jour. Bien recommander de la laisser fondre vingt bonnes minutes avant de la cracher, et non pas de la moucher.

Exercices respiratoires. — Exercices de rythme par le nez le plus fréquemment possible, tout en évitant de fatiguer le malade. Ils doivent être faits au grand air, quelle que soit la saison. On peut les compléter dans certains cas par des mouvements très simples de gymnastique respiratoire.

Ces exercices seront exécutés trois fois par jour pendant dix minutes, après avoir introduit dans les fosses nasales le petit dilatateur des ailes du nez (fig. 2), qui augmente considérablement le champ respiratoire et l'excitation mécanique de la muqueuse, sans prendre point d'appui sur la cloison.



Fig. 2. — Dilatateur des ailes du nez à ressort.

Il est extrêmement important de faire exécuter ces prescriptions à la lettre.

ÉVOLUTION.

Voyons maintenant comment évolue l'affection au cours du traitement.

Troubles fonctionnels. — La céphalée, les insomnies, les cauchemars, le ronflement, l'essoufflement, disparaissent toujours dès les premières séances.

Respiration nasale. — La respiration nasale se rétablit progressivement, le jour d'abord, puis la nuit. Il est rare qu'il soit impossible de la rétablir intégralement, comme dans l'observation IV. Quelquefois, pour obtenir ce résultat, plusieurs semaines de rééducation sont nécessaires.

Odeur. — L'odeur disparaît assez rapidement; en tout cas elle finit toujours par disparaître.

Croûtes. — Elles commencent par devenir moins abondantes, moins adhérentes, moins dures, moins volumineuses. Elles font place petit à petit à un catarrhe muco-purulent, verdâtre d'abord, puis plus clair, jaunâtre et enfin purement muqueux; celui-ci, après un temps plus ou moins long, se tarit à son tour.

Pharyngite. — La sécheresse de la gorge fait place à une sensation d'humidité, par écoulement fluide dans le pharynx, sensation qui disparaît quelque temps après la cessation de tout traitement. Il est parfois bon d'aider à la guérison du pharynx par des badigeonnages iodés.

Larynx. — Le larynx de lui-même s'améliore progressivement, cette amélioration se continuant jusqu'à la guérison, même après la cessation du traitement nasal.

Muqueuses. — Les muqueuses nasale, pharyngée, perdent leur sécheresse ; de pâles, elles deviennent roses, parfois franchement rouges ; elles deviennent humides, suintantes ; la sensibilité renaît ; le malade sent alors l'air passer dans son nez.

Odorat. — L'odorat s'améliore et le plus souvent redevient absolument normal. De même pour le goût.

Atrophie. — L'atrophie reste à peu près stationnaire, bien qu'il semble qu'à la longue la muqueuse se tuméfie légèrement, diminuant le calibre des fosses nasales ?

Lavages. — Les lavages sont diminués, puis totalement supprimés. Le malade enfin ne salit plus ses mouchoirs.

État général. — L'état général s'améliore considérablement ; l'appétit s'accroît, le malade augmente de poids ; les règles deviennent normales.

Respiration thoracique. — Concurremment, la respiration thoracique s'améliore ; les périmètres, la capacité spirométrique s'accroissent.

Durée. — La durée du traitement est extrêmement variable ; elle peut aller de 20 à 30, 40 séances, généralement une tous les deux jours. Dans certains cas, il y a avantage à débiter par des séances journalières.

Rechutes. — Je n'en ai pas encore constaté, bien que certains de ces malades soient guéris depuis plus d'un an. Il est probable que, lorsque la respiration physiologique est suffisante, est restituée parfaitement, la guérison de l'ozène est définitive.

Guérison. — Par guérison, il faut entendre : suppression de l'odeur, suppression des croûtes, suppression des lavages, mouchage normal.

Échecs. — Je n'en ai pas encore eu, une seule de mes malades n'a été que considérablement améliorée (obs. IV). Cela ne veut pas dire que les échecs soient impossibles. Mais il est probable qu'ils reconnaîtront pour cause un obstacle quelconque à une rééducation parfaite des fonctions

nasales, sinusites, ostéites, malformation des maxillaires ou des lèvres, atrésie des fosses nasales d'origine congénitale, troubles fonctionnels du voile du palais, insuffisance thoracique. Avant tout traitement, il faut essayer de supprimer ces obstacles et mettre le sujet en état de profiter de la rééducation nasale. En principe, et jusqu'à preuve contraire, plus les fosses nasales sont larges, plus facile et plus rapide est la guérison.

OBSERVATIONS.

De ces 9 malades, pris parmi les plus atteints, 8 sont guéris depuis un temps variant d'un an à trois mois. Une seule malade n'est qu'améliorée, mais considérablement.

En dehors de ces observations, 6 autres malades plus légèrement atteints ont été soignés et guéris; je n'en ai pas rapporté les observations.

Actuellement 6 autres malades sont en cours de traitement, certains adressés par des maîtres ou confrères. Tout fait prévoir une guérison certaine. Ils seront ultérieurement présentés et leurs observations publiées.

CONCLUSIONS.

Faut-il conclure de ces cas graves guéris, de ces 6 cas légers guéris, de 6 autres cas en cours de traitement et déjà très améliorés, que la nouvelle méthode que je présente est le traitement définitif de l'ozène ?

Pas encore. L'avenir seul pourra, après un grand nombre d'observations, prises non seulement par moi, mais par d'autres, confirmer ces premiers résultats.

Je ne présente que des faits et quelques hypothèses pour expliquer ces faits. Mais il faut cependant avouer que les uns et les autres semblent assez plausibles et assez satisfaisants pour faire penser que la rééducation de la respiration nasale chez les ozéneux, par action locale et probablement aussi générale, est un des éléments indispensables au traitement de l'ozène.

Si ces faits se confirment, l'ozène serait à la fois une mala-

die fonctionnelle et infectieuse, ce qui mettrait d'accord les deux opinions pathogéniques actuelles.

Un fait en tout cas reste certainement acquis, c'est que l'excès de ventilation respiratoire n'est pas un des facteurs de l'ozène et ne dessèche pas les sécrétions glandulaires nasales ou pharyngées. Bien au contraire, elle tend à rendre à ces sécrétions leur quantité, leur fluidité et leur composition physiologiques.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I. — *André L...*, 44 ans, vient consulter le 13 avril 1909. Se plaint de respirer nuit et jour par la bouche et de moucher des mucosités épaisses, verdâtres, malodorantes, parfois croûteuses. Salit trois mouchoirs par jour. N'a jamais été traité.

La maladie remonte à environ trois ans.

Localement, fosses nasales larges, cornets inférieurs atrophiés, cornets moyens intacts. Muqueuse pâle recouverte de mucosités et de croûtes. Pharynx sale, larynx intact.

Troubles fonctionnels : migraines, vertiges, cauchemars ; réveil en sursaut, ronflement, oppression, dyspnée d'effort, essoufflement, palpitations, bourdonnements d'oreille. État général médiocre, quinze séances de traitement, avec exercices respiratoires.

L'odeur est vite disparue ; le malade ne mouche plus que quelques mucosités claires et fluantes, la respiration nasale est parfaite.

Tous les troubles fonctionnels ont disparu.

La respiration thoracique est très améliorée.

Un mois après la fin du traitement, la guérison s'est accentuée et l'état général s'est absolument transformé.

A la date du 10 mai, la guérison date d'un an.

Ce malade n'a jamais fait de lavages, ni avant, ni après, ni pendant le traitement.]

OBSERVATION II. — *Mme B...*, 27 ans, vient consulter à Saint-Antoine le 4 mai 1909 ; se plaint de moucher des deux côtés des croûtes énormes qui la font saigner, qui sentent mauvais et incommodent son entourage. Elle se plaint également de ne pouvoir respirer par le nez.

La maladie a commencé à peu près vers l'âge de quatorze ans.

La malade n'a jamais voulu se soigner ; elle se contente de priser toute la journée pour se dégager le nez.

Localement, fosses nasales extrêmement vastes, dans lesquelles

tout est atrophié. Elles sont littéralement bourrées de croûtes épaisses, verdâtres, moulées, adhérentes. Muqueuse pâle, absolument insensible, sèche. Pharynx tapissé de petites croûtes verdâtres, recouvrant une muqueuse vernissée. Cordes vocales épaissies, dépolies.

Troubles fonctionnels : migraines intolérables, vertiges, cauchemars. L'odorat olfactif est totalement absent; L'odorat gustatif, légèrement diminué.

État général, mauvais, la malade est très asthénisée, amaigrie, mal réglée, avec à cette période un accroissement de croûtes et d'odeur. Quinze séances de traitement. Plus d'odeur, plus de croûtes, mais encore quelques mucosités claires.

Tous les troubles fonctionnels ont disparu.

État général très amélioré.

Je n'ai jamais fait faire de lavages à la malade. Un mois après la cessation du traitement, la guérison s'est affirmée. Les muqueuses nasales et pharyngées sont absolument propres.

La malade a augmenté de 3 kilos. L'odorat est à peu près normal.

A la date du 10 mai 1910, la malade est guérie depuis onze mois, sans rechute. L'odorat est entièrement revenu.

Cette malade a été présentée à la Société parisienne de laryngologie.

OBSERVATION III. — *Jeanne N...*, 22 ans, cartonnière; vient consulter le 6 mai 1909 parce qu'elle mouche des croûtes verdâtres qui sentent extrêmement mauvais.

La maladie remonte à dix ans et aurait été consécutive à un érysipèle à la face? Est soignée depuis deux ans dans le service du Dr Lermoyez, par lavages, poudres, pommades; on a essayé chez elle des pointes de feu.

Localement : cornets inférieurs et moyens atrophiés des deux côtés, fosses nasales bourrées de croûtes verdâtres, épaisses, dures, adhérentes et de mauvaise odeur. Elle fait trois lavages par jour pour pouvoir s'en débarrasser; elle salit trois mouchoirs par jour. Muqueuse pâle, décolorée, insensible. Une énorme crête de la cloison à gauche derrière laquelle on voit le cavum.

Troubles fonctionnels. Migraines, intenses, continues, cauchemars. La malade est incapable de respirer par la bouche. L'odorat est à peu près intact. Vingt-cinq séances de traitement. J'ai fait cesser tout lavage dès le début du traitement.

Guérison complète de l'état local et des troubles fonctionnels. Plus de croûtes, plus d'odeur, malgré la cessation de tout traitement. La malade ne salit plus et à peine qu'un mouchoir tous les deux jours. La respiration nasale est parfaite.

Depuis treize mois, la guérison parfaite s'est maintenue.

Cette malade a été présentée à la Société parisienne de laryngologie. L'état général, qui était des plus mauvais, est devenu excellent, et la malade a augmenté de 6 kilos en dix mois.

OBSERVATION IV. — *Louise C...*, 27 ans, ménagère; vient consulter à Saint-Antoine le 5 octobre 1909. Se plaint de moucher des croûtes énormes, dures, d'odeur infecte.

La maladie semble avoir débuté vers l'âge de dix ans par un catarrhe muco-purulent avec obstruction nasale. Il y a deux ans, fait de l'infection oculaire secondaire à son ozène.

Pendant deux ans, elle est soignée à Saint-Antoine par des lavages, poudres, pommades. Elle fait trois lavages par jour, salit quatre mouchoirs et continue à avoir une haleine épouvantable.

Localement, fosses nasales totalement atrophiées, bourrées de croûtes verdâtres, moulées et très adhérentes. Pharynx sec et couvert de croûtes. Larynx indemne.

La malade ne peut absolument pas respirer par le nez; elle a d'ailleurs du mal à fermer la bouche et à clore les lèvres, par suite d'une déformation des maxillaires. Migraines, insomnies, cauchemars, vertiges, palpitations, oppression, dyspnée d'effort.

État général des plus mauvais, asthénisée.

Quarante séances de traitement. Je n'ai pu obtenir qu'une sérieuse amélioration, mais la guérison totale, au moins pour le moment, n'est pas obtenue; je l'attribue à l'impossibilité qu'il y a pour la malade de respirer parfaitement par le nez; la nuit, elle respire encore par la bouche, de même quelquefois le jour quand elle ne se surveille pas; cette difficulté de respirer par le nez est due à la déformation anatomique de ses maxillaires et à l'étroitesse de ses lèvres, qui laissent les dents et les gencives découvertes.

Quant à l'amélioration, la voici :

Plus de troubles fonctionnels, c'est-à-dire plus de migraines, de vertiges, d'oppression; état général très amélioré. Plus d'odeur, plus de croûtes en dehors des périodes menstruelles; encore ne sont-elles à ce moment que peu abondantes, peu épaisses, et pour ainsi dire sans odeur. La malade ne fait plus qu'un lavage par semaine. Peut-être à la longue et par le seul fait des exercices respiratoires qu'elle fait chez elle arrivera-t-elle à se débarrasser de ce reliquat d'ozène.

L'odorat, qui était totalement aboli, n'est que très légèrement amélioré.

OBSERVATION V. — *Marie G...*, 23 ans, vient consulter à Saint-Antoine le 14 novembre 1909. Se plaint de moucher des croûtes dures, adhérentes, vertes, et qui sentent souvent très mauvais.

La maladie a débuté il y a dix ans.

Le seul traitement suivi jusqu'ici a été celui des lavages.

Localement, fosses nasales remplies de croûtes, très adhérentes; au-dessous, muqueuse pâle, atone, sèche. Dans la fosse nasale droite, les deux cornets sont atrophiés. Dans la gauche, le cornet inférieur seul est atrophié. Le pharynx est vernissé, couvert de mucosités verdâtres, épaisses, croûteuses. Les cordes sont très épaissies, dépolies et parésiées.

Troubles fonctionnels : la malade asphyxie dès qu'on veut lui faire fermer la bouche. Elle dit n'avoir jamais pu respirer par le nez. Migraines constantes et très pénibles. Insomnies, cauchemars, ronflement, réveil en sursaut. Dyspnée d'effort, palpitations.

La malade est absolument aphone. L'odorat est presque absent. L'haleine de la malade impose le diagnostic à distance.

État général des plus mauvais : suspecte de bacillose. Elle a été traitée comme telle depuis plusieurs années. Sommet gauche suspect ?

Vingt-cinq séances de traitement. A la douzième séance, l'amélioration est considérable. La rhinite croûteuse s'est transformée en rhinite catarrhale. La malade mouche de plus en plus gras; la gorge n'est plus sèche; la malade déglutit facilement, sans douleurs. Plus a moindre odeur. Plus de troubles fonctionnels.

Après deux mois de traitement, la malade est entièrement guérie.

Les fosses nasales, le cavum, le pharynx sont propres. Plus d'enrouement, l'odorat est entièrement revenu. L'état général est excellent; la malade a augmentée de 4 kilos. Plus de lavages, la malade ne salit plus ses mouchoirs.

La guérison dure depuis six mois.

Cette malade a été présentée à la Société parisienne de laryngologie.

OBSERVATION VI. — *William D...*, 45 ans, vient consulter le 3 octobre 1900. Il vient d'arriver en France venant de Belgique, où on le soignait pour de l'ozène depuis cinq ans. Il y a six ans, on l'opère de végétations, pour essayer de lui rendre sa respiration nasale et le guérir de coryza chronique. Depuis l'opération, son coryza chronique s'est transformé peu à peu en rhinite sèche croûteuse et horriblement fétide. Depuis trois ans surtout, il mouche des croûtes

abondantes, verdâtres, épaisses, très dures, leur élimination étant presque toujours suivie d'épistaxis.

Le malade a continuellement la migraine. Il se plaint de dyspnée d'effort. Il dort mal, sujet aux cauchemars. Il se sent toujours très fatigué. Enfin son goût et son odorat sont très affaiblis. Il a la bouche continuellement ouverte et asphyxie dès qu'il la ferme. Comme traitement jusqu'ici, il n'a fait que des lavages, trois par jour, et de la pommade. Les deux fosses nasales sont larges et bourrées de croûtes.

Le côté le plus atrophié est cependant le côté droit, dans lequel il n'y a plus de cornet inférieur ni de cornet moyen. A gauche, le cornet inférieur seul est détruit. La muqueuse est pâle, sèche et absolument insensible. Le pharynx est recouvert de petites croûtes verdâtres. Après un mois de traitement, le malade n'est pas aussi amélioré que je le désirerai. Il prétend cependant bien faire ses exercices et respirer par le nez comme tout le monde. Je suis cependant tellement convaincu de l'efficacité du traitement que je ne me contente pas de ses affirmations et que je mène une enquête auprès de l'entourage : j'apprends qu'il ne fait aucun exercice chez lui et ne surveille pas sa respiration nasale.

A la suite de cette enquête, j'obtiens enfin du malade et de son entourage une exécution exacte et suivie de mes prescriptions. Un mois après, le malade est entièrement guéri. Plus de troubles fonctionnels, plus de croûtes, plus d'odeur. L'odorat est revenu. Le malade a cessé tout traitement, tout lavage ; il respire nuit et jour par le nez. Voici six mois que la guérison persiste.

OBSERVATION VII. — *Marthe B...*, 13 ans, m'est adressée par le Dr Hautant le 1^{er} décembre 1909, parce qu'elle ne peut pas respirer par le nez et qu'elle mouche en abondance des croûtes d'odeur caractéristique.

La maladie semble remonter à environ quatre années. A ce moment, elle était déjà atteinte de catarrhe chronique des fosses nasales et respirait depuis toujours par la bouche. Petit à petit les croûtes se sont installées et vont en augmentant. L'odeur a commencé à apparaître il y a deux ans.

L'état général de la malade est des plus mauvais. Elle est extrêmement anémiée, affaiblie. Elle est fortement suspecte de bacillose et est sujette aux bronchites à répétition. Sa respiration pulmonaire est des plus superficielle. Pas d'appétit, insomnies, cauchemars. Céphalée constante. Palpitations. Dyspnée au moindre effort. Depuis trois ans l'enfant perd connaissance deux ou trois fois par jour et

tombe à terre. Deux minutes après, elle reprend connaissance, mais ne se souvient de rien. Chaque évanouissement est précédé d'un aura, d'une douleur dans l'œil droit. Ces troubles vertigineux n'ont pas été soignés à la pension où elle était. Depuis huit mois, la malade est réglée, mais des plus irrégulièrement et insuffisamment, jusqu'à trois fois dans un mois.

Les odorats olfactif et gustatif sont à peu près abolis. Localement, il y a atrophie des cornets inférieurs et moyen des deux côtés; la muqueuse est pâle, décolorée, atone, insensible, recouverte de croûtes blanches ou verdâtres. Pharynx sale. Cordes vocales, dépolies, parésiées. La malade a la voix légèrement voilée.

La malade salit cinq mouchoirs par jour. Jusqu'ici elle n'a jamais été soignée. Ne suivant aucun traitement, elle mouche ses croûtes avec la plus grande difficulté et saigne assez fréquemment après avoir expulsé une grosse croûte, dure et moulée.

Après trente séances, environ deux mois de traitement, la malade est entièrement guérie, son nez est propre, plus d'odeur, plus de croûtes, plus de cauchemars, plus de vertiges, plus d'essoufflement. Elle est maintenant réglée normalement. L'état général est devenu excellent, et elle a augmenté de 3 kilos. La muqueuse est humide, rosée. La respiration nasale est parfaite.

Cette malade a été présentée à la Société parisienne de laryngologie (1).

OBSERVATION VIII (clinique du Dr Mahu). — M^{me} M..., 30 ans, femme de chambre, m'est confiée par M. Mahu, le 2 mars, à sa clinique. Elle y est soignée depuis quatre mois pour ozène, par des lavages, pommades, insufflations de poudre. L'atrophie est tellement avancée que M. Mahu n'a pas jugé la paraffine possible; il n'y a plus de cornets inférieurs ni moyens dans les deux fosses nasales. La muqueuse est pâle, sèche, décolorée, insensible. Il y a de la pharyngite sèche. Les croûtes apparaissent quand la malade reste deux jours sans lavages. Elle fait actuellement deux lavages par jour. Quant à l'odeur, elle est caractéristique; la malade est très frappée, car, dès qu'elle approche un peu les gens, elle les voit instinctivement s'éloigner d'elle.

Comme troubles fonctionnels, outre une respiration buccale constante, la malade se plaint de migraines, de palpitations, d'insomnies, d'oppression, d'asthénie, d'inappétence.

(1) La malade a eu depuis une rechute légère à la suite de grippe; quelques séances ont remis tout en état.

La malade ne se souvient pas du début de sa maladie, qu'elle croit avoir toujours eue.

En dix séances de traitement, la malade est guérie. Il lui reste un peu de catarrhe du cavum qui disparaîtra très certainement. La muqueuse nasale est maintenant humide et rosée; plus la moindre odeur. Les gens ne s'écartent plus d'elle quand elle les approche. Elle a cessé tout lavage, et cependant aucune croûte ne réapparaît. La malade est actuellement (10 mai) guérie depuis un mois et demi. J'attribue la rapidité de la guérison d'abord à ce que la malade, très anxieuse de guérir et ayant heureusement le temps de se soigner, passe ses journées à respirer par son nez avec le dilateur l'air frais du dehors, exagérant même mes prescriptions; ensuite à ce que les fosses nasales, indemnes de paraffine, sont très larges et permettent le rétablissement rapide et complet d'un champ respiratoire très étendu. La guérison dure actuellement depuis deux mois.

OBSERVATION IX. — M. F..., externe du service d'accouchement à Saint-Antoine, 26 ans. Vient me voir sur le conseil de mon ami Gaston Poyet le 5 mars. Depuis sept ans, à la suite d'un traumatisme nasal, sa respiration nasale est devenue insuffisante; depuis ce moment, il mouche des croûtes épaisses, verdâtres, moulées, se détachant difficilement, mais peu odorantes, ne laissant au sujet une impression désagréable que lorsqu'il se mouche.

Il se soigne par des aspirations d'eau salée et des pommades.

En janvier, M. Lermoyez l'opère d'une déviation de la cloison d'origine traumatique.

Consécutivement à cette opération, amélioration de la respiration; diminution des croûtes.

Cependant il continue à moucher des croûtes verdâtres et moulées, et sa respiration nasale est encore loin d'être constante et suffisante.

Les deux fosses nasales sont larges, et les cornets inférieurs, rétractés, sont recouverts de croûtes verdâtres. La muqueuse est à peine rosée et sèche. Pharynx sec.

Le malade se plaint de migraines assez fréquentes, d'insomnies et d'oppression.

En six séances, les croûtes disparaissent entièrement, et la muqueuse devient humide et rouge vif. Plus de migraines. Le sommeil devient excellent. Enfin la respiration nasale est entièrement restituée. Le malade cesse tout traitement et je ne lui recommande seulement que de continuer ses exercices de respiration nasale chez lui. La guérison dure actuellement depuis deux mois, et rien ne fait prévoir une rechute.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES LARYNGOLOGISTES DE SAINT-PÉTERSBOURG (1).

Séance du 19 janvier 1909.

BLAUMENAU. — L'intubation depuis l'introduction de la sérothérapie. — Dans l'espace de douze ans (1895-1907), 719 malades ont été intubés pour diphtérie du larynx à l'hôpital des Enfants du prince Aldenbourg. Le maximum des cas intubés revient à l'âge de 2 à 3 ans, et le pourcentage général de la mortalité des intubés a été de 45 p. 100.

La trachéotomie secondaire a été pratiquée dans 32,5 p. 100 de tous les cas intubés et a donné une mortalité de 72,6 p. 100, dont le maximum revient aux trois premières années. A l'autopsie de 250 cas ayant subi l'intubation, il a été trouvé : pneumonie fibrineuse et catarrhale, 138 cas ; tuberculose des poumons, 20 ; pleurésie, 14 ; diphtérie de la trachée, 43 ; diphtérie des bronches, 78 ; atrésie complète du larynx, 1 ; emphysème du médiastin consécutif à la trachéotomie, 10 ; empyème du médiastin, 9 ; perforation de la carotide primitive, 2.

De l'ensemble de ces faits, l'auteur tire les conclusions suivantes : il est utile de procéder à temps à l'intubation, sans attendre l'apparition d'une sténose laryngée extrême qui exerce une influence funeste sur l'état général et constitue en même temps un des principaux facteurs prédisposant au développement d'une broncho-pneumonie diphtérique. La statistique des autopsies montre que les escarres trouvées le cinquième jour de l'intubation intéressent le plus souvent le cartilage lui-même ; d'autre part, la clinique et des autopsies isolées nous enseignent que même des escarres profondes peuvent guérir spontanément sans avoir donné lieu à aucun symptôme habituel.

SAMOÏLENKO. — Contribution à l'étude des polypes naso-pharyngiens. Cas rare de sarcome alvéolaire du bord des choanes.

(1) Compte rendu, par TRIVAS.

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXVI.

— Le cas concerne un homme âgé de 28 ans, qui s'est présenté à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Kharkov, se plaignant d'une obstruction de la fosse nasale droite. La rhinoscopie antérieure a révélé dans la cavité droite du nez une masse blanche qui occupait la région de l'orifice choanal. Un stylet ne pouvait passer à travers ce dernier, mais pénétrait librement dans le sinus sphénoïdal. A la rhinoscopie postérieure, la région de l'orifice choanal droit était occupée par une tumeur qui ressemblait à celle qu'on voyait à la rhinoscopie antérieure. Le néoplasme se prolongeait presque dans le sinus sphénoïdal, qu'il remplissait presque entièrement. Rien de particulier du côté des larynx, pharynx et yeux. Organes internes normaux.

L'examen microscopique d'un fragment de tumeur a décelé la structure alvéolaire de ce dernière avec un grand nombre de cellules de dimensions et de formes variées dans les alvéoles entourées d'une trame de tissu conjonctif. Le néoplasme présentait sous les caractères d'un sarcome alvéolaire. Le diagnostic clinique de sarcome a été porté avant l'examen anatomo-pathologique. Le point de départ du développement de la tumeur était évidemment le périoste des bords de la choane. Le malade a refusé toute intervention.

FLEICHER. — Essai d'application d'un sérum bactéricide dans la diphthérie pharyngée. — Le sérum a été préparé d'après le procédé proposé par Wassermann. On l'a employé sous forme de tablettes contenant chacune 0,10 de sérum sec. Les vases étaient de trois ou quatre tablettes par jour. A titre de contrôle, on badigeonna à quelques malades le pharynx avec une solution de glycérine sublimée à 1 p. 500. Résultats: par l'emploi du sérum seul, les bacilles disparaissaient du pharynx au bout de deux ou trois jours après la chute des membranes, au plus tard le cinquième jour; par contre, l'application de sublimé ne paraissait pas abrégé le séjour des bacilles dans le pharynx, qui y demeuraient bien plus longtemps.

Séance du 14 février 1909.

BOGDANOV BERESOVSKI. — Les enfants aphasiques et mal parlant sous le rapport intellectuel et de la parole. — Ce travail intéressant est le résultat d'observations faites par l'auteur dans l'espace de onze ans sur des enfants arriérés au point de vue de la parole et de l'ouïe. Le nombre total des enfants examinés était de 381.

Dans son travail, l'auteur s'est surtout occupé d'enfants aphasiques et psychiquement sourds. Ces affections étant d'origine centrale, Bogdanov Beresovski a cherché chaque fois à mettre en parallèle le tableau clinique du processus morbide avec telle ou telle altération du système nerveux central, mais il n'a pu obtenir de résultats aussi précis que ceux qu'obtiennent les neurologistes dans cette catégorie de malades. Cette circonstance a incité l'auteur à soumettre les enfants observés par lui à un examen complet et systématique d'après un schéma spécial; en dehors de l'état de l'ouïe et de la parole, on avait soin d'examiner les autres organes des sens, ainsi que les sphères motrice, intellectuelle et morale de l'enfant.

Dans son travail, l'auteur cherche à prouver que la classification purement anatomique de l'aphasie n'est pas entièrement démontrée et que, fût-elle vraie en ce qui concerne la pathologie des adultes, il serait impossible de l'appliquer en entier à la pathologie de la parole chez les enfants. Selon M. Bogdanov Beresovski, les médecins qui s'occupent des troubles de la parole infantile possèdent entre leurs mains un autre matériel psycho-pathologique, et, pour l'illustrer, il met en parallèle l'aphasie des adultes et celle des enfants. Par cette comparaison, on voit que, dans les troubles de la parole infantile, qui dans la majorité des cas sont d'origine fonctionnelle, il ne s'agit pas d'une localisation anatomique exacte du cerveau, mais que toute la question est dans la clinique, c'est-à-dire dans l'étude attentive de la psychologie et de la philosophie de la parole; on voit de plus que les aphasies infantiles affectent des rapports immédiats et trop étroits avec la sphère générale de l'intellect pour que nous puissions les négliger dans le diagnostic et le traitement.

Pour la démonstration de sa thèse, l'auteur s'appuie, en plus de ses observations personnelles, sur le travail de Pierre Marie, d'après lequel la troisième circonvolution frontale gauche n'a aucun rapport avec la parole.

Au point de vue clinique, deux signes prédominent chez les enfants aphasiques ou atteints de troubles de la parole et de l'ouïe : 1° compréhension imparfaite de la parole, abaissement plus ou moins grand des facultés intellectuelles; 2° transition imperceptible d'une forme à l'autre.

Pour conclure, Bogdanov Beresovski propose son schéma applicable à tous les enfants arriérés, qui, cliniquement, passent insensiblement dans les limites des trois sections extrêmes : normal, sourd-muet, idiot. Se basant sur ses observations personnelles, l'auteur trouve plus rationnel de classer la surdi-mutité non pas en

congénitale et acquise, mais en périphérique et centrale; cette division permet d'établir, au point de vue médico-pédagogique, une thérapeutique rationnelle de la surdi-mutité.

BIELIAEV présente des coupes de crâne sur un cadavre congelé qui montre la proximité de l'artère linguale, de la carotide interne et externe avec l'amygdale palatine.

NEUMANN. — A propos de la théorie de Zimmermann. — L'auteur résume brièvement cette théorie suivant laquelle, et à l'encontre de la théorie d'Helmholtz, la transmission du son dans l'oreille interne se ferait à l'aide d'oscillations moléculaires de tous les tissus rencontrés sur le parcours du son.

Séance du 14 mars 1909.

GALEBSKI. — Le symptôme fistuleux du labyrinthe et sa valeur clinique. — Après avoir étudié la signification de ce symptôme en s'appuyant à la fois sur des observations personnelles et les faits relatés dans la science, l'auteur conclut que, dans bien des cas, ce symptôme indique incontestablement l'existence d'une fistule labyrinthique. On ne saurait cependant le considérer comme un signe pathognomonique d'une fistule du labyrinthe, parce qu'on connaît : 1° des cas où, à l'opération, on trouva une fistule canaliculaire, bien que le symptôme fistuleux fût négatif à la réaction calorique normale du labyrinthe, et 2° des cas où le symptôme fistuleux a été positif dans des conditions qui permettaient d'éliminer une fistule du labyrinthe.

Les cas du deuxième groupe s'expliqueraient, d'après l'auteur, par la pression transmise à l'étrier sous l'influence de l'air condensé dans le conduit, et par une plus ou moins grande mobilité de l'étrier, l'intensité et le degré du nystagmus et des vertiges apparaissant au moment où l'air est condensé dans le conduit.

HERYNG. — De la laryngostomie. — L'auteur s'occupe de cette question depuis 20 ans, et celle-ci a été, de sa part, l'objet d'une communication au Congrès international de Rome. Dans l'espace des cinq dernières années, Heryng a pratiqué 84 laryngostomies, et il considère cette opération comme le meilleur procédé de traitement dans les sténoses syphilitiques du larynx. Les deux cas récemment observés par lui méritent d'être brièvement relatés.

Dans le premier, il s'agissait d'un cancer de la corde vocale gauche et d'une infiltration de l'épiglotte. Le deuxième malade avait eu également un carcinome du larynx. Les deux malades sont bien portants, et l'un a recouvré la voix. En ce qui concerne le cancer du larynx, l'auteur a acquis la conviction que sa marche n'est pas rapide et que l'examen microscopique n'a qu'une valeur relative dans cette affection, le diagnostic devant en être basé sur la clinique.

Séance du 19 novembre 1909.

GALEBSKI. — Un cas d'angine gangreneuse. — Après avoir fait l'histoire de cette rare affection, l'auteur en rapporte un cas observé à la clinique du P^r Favitzki. A l'admission, le malade, âgé de 58 ans, présentait les symptômes suivants : température légèrement élevée; pouls faible et fréquent; haleine extrêmement fétide; violentes douleurs à la déglutition datant de quinze jours; rien d'anormal du côté des organes internes. L'examen du pharynx révéla une nécrose de l'amygdale droite s'étendant aux deux piliers et à la base de la langue. Sous l'influence du traitement local, l'ulcère s'est presque complètement détergé dans l'espace de cinq jours, et le fond commençait à se cicatriser. Cependant, malgré l'arrêt du processus local, l'état général du malade allait en s'aggravant, et il succomba dans le collapsus, le quinzième jour de son entrée à l'hôpital. L'autopsie a révélé une angine gangreneuse avec dégénérescence consécutive du muscle cardiaque et une néphrite subaiguë. L'examen bactériologique fait avant la mort a donné sur différents milieux une culture pure de diplocoques.

SPENGLEH croit que la cause de l'affection était ici non pas la virulence particulière des microorganismes, mais l'organisme malade du patient; autrement, nous aurions eu de véritables épidémies de cette affection, qui en réalité s'observe assez rarement. Il est évident que le principal rôle relève ici des conditions particulières propres à un organisme donné, où des microbes relativement peu virulents se développent rapidement dans les amygdales, provoquent de la gangrène et élaborent des toxines qui pénètrent directement dans le sang et tuent quelquefois l'organisme.

ASPISSOV. — Examen calorique du labyrinthe à l'aide de l'air refroidi. — L'auteur présente un appareil inventé par lui et qui permet de pratiquer un examen fonctionnel du labyrinthe dans certaines affections auriculaires (otites suppurées aiguës, perfora-

tions traumatiques du tympan, anciennes perforations sèches, etc.), où l'introduction de l'eau dans l'oreille est contre-indiquée.

TZITROWITSCH présente un malade chez qui on avait diagnostiqué une **labyrinthite avec abcès extradural**, atteint d'une paralysie faciale complète et de surdité complète sans suppuration présente ni ancienne. Le processus s'est développé à la suite d'un traumatisme dont le malade avait été victime douze ans auparavant. A l'opération, on trouva un cholestéatome ayant détruit une partie de la pyramide et la partie correspondante de la base du crâne.

GALEBSKI montre : 1° l'appareil de Jöh pour l'air chaud. On peut utiliser cet appareil dans les suppurations chroniques de la trompe d'Eustache pour le traitement consécutif après la cure radicale et pour provoquer du nystagmus calorique; 2° un malade avec une ouïe normale des deux côtés et des tympans normaux, mais chez lequel on constate l'absence de la réaction calorique d'un côté. Dans l'anamnèse, syphilis. Quatre mois auparavant, phénomènes d'otite interne : vertige, nystagmus, vomissements, bourdonnements d'oreille et surdité; 3° un malade avec absence de la réaction calorique et conservation de la fonction auditive. Ce malade, qui avait subi une cure radicale, présentait, après l'opération, un nystagmus très vif du côté de l'oreille saine. L'auteur explique l'apparition de ce nystagmus par la transmission des excitations du côté des terminaisons cochléaires ayant conservé leurs fonctions au noyau de Deiters et de là au labyrinthe du côté opposé.

SOCIÉTÉ ALLEMANDE D'OTOLOGIE (1).

XIX^e réunion tenue à Dresde les 13 et 14 mai 1910.

MANASSÉ (rapporteur). — **Les suites dans les traumatismes de l'os temporal.** — Le rapporteur distingue trois groupes : 1° les traumatismes amenant de suite la mort; 2° les traumatismes amenant indirectement, c'est-à-dire comme conséquence, la mort; 3° les traumatismes non suivis de mort. Il est évident que le premier groupe n'offre aucun intérêt clinique. Dans le deuxième groupe, la mort est une conséquence de la méningite, mais on a déjà vu des thromboses du sinus, des abcès du cerveau d'origine

(1). Compte rendu par LAUTMANN, d'après le Compte rendu officiel édité chez Fischer.

traumatique être la conséquence de ces traumatismes. La mort peut se montrer entre une et huit semaines après le traumatisme. Kundrat a publié un cas où, entre l'otite interne, suite immédiate du traumatisme, et l'abcès cérébral secondaire, il s'est écoulé dix ans. Cliniquement seul le troisième groupe a de l'intérêt. Ce groupe permet une subdivision naturelle : a. cas qui guérissent complètement au point de vue fonctionnel ; b. cas présentant la surdité traumatique totale ou partielle. Naturellement ce sont les cas de surdité traumatique qui offrent aux médecins-experts pour les accidents les plus grandes difficultés. Nous ne possédons pas encore beaucoup d'examen cliniques et anatomo-pathologiques de cette surdité traumatique. Tous les examens montrent des lésions très prononcées, et une ossification allant jusqu'à une véritable hyperostose dans les espaces labyrinthaires paraît en être la caractéristique. Bien plus difficiles sont les cas de surdité traumatique qui anatomiquement ne présentent aucune lésion et qu'on est habitué à ranger dans le groupe des commotions du labyrinthe. De ces cas nous ne savons rien jusqu'à présent. Un seul cas a été examiné tout dernièrement à la clinique de Manassé. Il s'agissait d'un homme de 55 ans qui, en 1896, a fait une chute sur la tête permettant le diagnostic de fracture de la base du crâne. Cet homme a survécu douze ans à ce traumatisme avec une surdité progressant d'année en année. A l'examen microscopique, nulle part trace de fissure, ni de formation osseuse dans le labyrinthe. L'appareil de Corti était relativement bien conservé. Seul le rameau cochléaire montrait une atrophie par dégénérescence. A part cet unique examen microscopique, il ne nous reste que les expériences sur l'animal faites par Stenger, qui a trouvé que, après les traumatismes de la tête, le labyrinthe peut montrer des hémorragies, des déchirures sans que la capsule du labyrinthe soit lésée. Le rapporteur dit que cliniquement ces cas de surdité traumatique sans lésion anatomique n'offrent pas de difficultés au diagnostic. Il suffit de penser à la simulation de la surdité pour entrevoir des difficultés dans la pratique.

Discussion.

Busch (de Berlin) propose pour le diagnostic différentiel entre fracture du temporal et commotion du labyrinthe l'emploi des rayons X. Si le rapporteur n'en a pas fait mention, c'est probablement parce que la technique habituelle était insuffisante. Avec le procédé nouveau indiqué par Busch, consistant en l'introduction du tube radio-
ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXVI, n° 12, 1910. 38

scopique dans la bouche du malade, on peut obtenir des résultats remarquables de netteté. Une publication ultérieure suivra.

Voss (de Francfort) a l'impression que le rapporteur a fait trop bon marché des malades du deuxième groupe. On peut, dans beaucoup de cas, sauver ces malades si on les opère tous quand, avec la fracture de la base du crâne, il y a une lésion de l'oreille. Pour son propre compte, il a sauvé 2 malades, et dans la littérature 12 cas sont publiés avec 11 guérisons. Évidemment personne n'hésitera à opérer quand les malades présentent des symptômes d'augmentation de la pression endocranienne, ni quand les malades se trouvent au début d'une infection cérébrale. Les avis sont partagés quand les malades présentent avec la fracture de la base du crâne de la suppuration de l'oreille ou quand, cette suppuration n'existant pas, il existe des lésions nettes de l'os pétreux, surtout dans la région du labyrinthe. Ce sont surtout ces malades qu'il faut opérer pour diminuer le pronostic néfaste de ces lésions.

RHESE (de Königsberg) rapporte l'observation d'un malade qui, après un traumatisme sur la tête, a montré une réaction calorique particulière du côté lésé, en ce sens que le nystagmus a été suivi d'une contraction contra-latérale des muscles de la tête et des extrémités. L'unilatéralité particulière de la réaction calorique après les traumatismes sur la tête sous forme de syncope, collapsus, chute, etc., est d'un grand appoint pour affirmer la réalité d'une lésion anriculaire. Il faut distinguer nettement cette hyperexcitabilité de la réaction calorique de celle qu'on trouve chez les nerveux sans lésion de l'oreille. D'abord la réaction est moins vive chez ces derniers, et ensuite elle n'est pas unilatérale.

HABERMANN (de Graz) proposerait un traitement très conservateur dans les cas de fracture de la base du crâne s'il n'existe pas de lésion du conduit externe ni du tympan. Il faut opérer, par contre, les cas dans lesquels il existe une otite suppurée.

MANASSÉ se range également à l'avis de Habermann. Il opère s'il y a otite suppurée. Par contre, il déconseillerait absolument d'opérer s'il y a un écoulement par l'oreille d'un liquide clair, car alors les suites de l'opération pourraient être désastreuses.

DENNERT (de Berlin). — **Physiologie de l'audition.** — Cette étude très détaillée de physique acoustique traite de la question de savoir si l'audition a lieu par la vibration de la masse (vibration sinusale) ou par la vibration moléculaire. Dennert est d'avis que l'audition se fait entièrement et partout par la vibration moléculaire.

WÄTZMANN (de Breslau). — **Les qualités acoustiques de la membrane basilaire.** — Considérations physiques ayant pour but de démontrer jusqu'à quel point l'hypothèse de Helmholtz sur la résonance des fibres de la membrane basilaire est acceptable.

DENKER (d'Erlangen). — **La fonction du limaçon du vestibule et des canaux semi-circulaires.** — Le point de départ de cette communication est un travail de Lucæ (analysé dans les *Annales*) d'après lequel le limaçon ne servirait qu'à la perception des sons ultra-musicaux ; les sons musicaux seraient perçus par les crêtes des ampoules et les bruits par les macules de l'utricule et du saccule. Denker réfute cette opinion de Lucæ, qui est en contradiction avec les résultats de tous les expérimentateurs (expériences sur les poissons), avec les résultats obtenus par l'examen de l'oreille des sourds-muets. Enfin les observations sur lesquelles Lucæ s'appuie ne sont pas convaincantes, et néanmoins le travail de Lucæ mérite d'être relu et médité. On verra, après la lecture de ce travail, si vraiment on peut prétendre que la partie postérieure du labyrinthe n'a rien à faire avec l'audition.

BARANY. — **Expériences sur l'action du tympan artificiel.** — Les lecteurs des *Annales* connaissent les expériences ingénieuses de Barany avec la gouttelette de mercure pour étudier l'action du tympan artificiel (Voir *Compte rendu de la Société d'otologie de Vienne*, avril-mai 1910). Retenons de la nouvelle communication l'hypothèse suivante : si une des fenêtres ne peut plus vibrer, une audition n'est possible que par le déplacement du fluide (c'est-à-dire sous l'action de la vibration). L'audition deviendra tout de suite bonne dès qu'on aura fait une deuxième ouverture dans le labyrinthe, de façon à permettre un déplacement. Si, dans l'otosclérose, on pratique une ouverture dans le canal semi-circulaire postérieur, sans ouverture de l'antre, l'audition deviendra de suite meilleure. Cette opération n'a pas encore été exécutée par Barany, mais il espère pouvoir bientôt la pratiquer.

Discussion.

SCHNEIDE. — La mauvaise audition, dans les cas d'otite moyenne chronique avec usure du canal semi-circulaire, plaide *a priori* contre l'utilité de l'opération entrevue par Barany dans l'otosclérose. Au contraire, en s'appuyant sur un cas de Bezold, il est à craindre que la surdité soit aggravée.

GOMPERZ ne peut pas admettre l'explication que donne Barany sur l'action du tympan artificiel, la pratique nous montrant assez souvent que l'amélioration de l'audition a seulement lieu quand les deux fenêtres sont couvertes par la prothèse. Les meilleurs résultats sont obtenus avec le tympan artificiel quand l'espace entre tympan et marteau d'un côté et plaque de l'étrier de l'autre est remplacé par un corps bon conducteur du son.

HEGENER rappelle que l'opération proposée par Barany contre l'otosclérose a été déjà exécutée par Passow en 1899 avec un bon résultat immédiat.

WETZMANN (de Breslau). — **Essai d'une méthode exacte pour mesurer le pouvoir auditif.** — Wetzmann a construit un appareil qui, d'après la description, nous paraît seulement utilisable dans un laboratoire de physiologie. Du reste, il n'est pas encore complet. L'idée directrice de l'appareil consiste en ceci : si un son est conduit par un tube, il peut être annulé, d'après les lois de l'interférence, en provoquant dans un tube perpendiculaire au premier une vibration de l'air dont les ondes auront une direction contraire à celle du son dans le premier tube. Hinsberg, qui a essayé l'appareil de Wetzmann, s'en déclare satisfait.

HEGENER. — **Recherches critiques sur la limite supérieure du son.** — On a généralement attribué à la limite supérieure du son des valeurs trop exagérées. Hegener trouve que cette limite est à 22 000 v. d. Pour la recherche de cette limite, il s'est servi des cylindres de König, d'un monocorde fabriqué par Schulze et d'un autre monocorde fabriqué par Struycken. Ces recherches ont été faites sur 100 personnes, dont une grande proportion concernant des enfants. Il n'y a pas eu de différence notable chez les sujets de la première à la quatrième décade de la vie, ni une différence à constater entre ceux qui étaient musiciens et les autres. Les troubles dans l'appareil transmetteur du son n'abaissaient la limite supérieure que de 3 000 v. d.

Discussion.

WILBERG (de Brême) ne peut pas admettre qu'il n'y ait pas de différence entre les sujets jeunes et les sujets âgés pour la limite supérieure du son. Leurs expériences montrent au contraire que, chez les enfants, cette limite est bien plus haute que chez les adultes (c^{10} , c'').

Il est convaincu que la fonction de la limite supérieure à 17 000 v. d. ne sera pas acceptée par les otologistes et, vu l'importance de la question pour la pratique, des recherches ultérieures seront nécessaires.

BARANY. — Nouvelle méthode pour la recherche de la simulation de la surdité uni et bilatérale (Voir à ce sujet *Annales*, n° 8, 1910).

BARANY. — Tableau de mots servant aux épreuves de l'ouïe. — Barany propose de faire répéter par les malades des mots différant peu entre eux, comme, par exemple, *mari, Paris, varie, carie*, et indique une quantité de groupes de mots pour la langue allemande.

FREY. — Mécanisme de la chaîne des osselets. — Recherches d'anatomie comparée.

HERZOG. — Démonstration de préparations concernant la pathologie de la labyrinthite suppurée. — Herzog a écrit, il y a peu de temps encore, une grande monographie sur la labyrinthite, dont une des conclusions, aussi neuve que surprenante, était qu'il n'existait pas de labyrinthite partielle. Ces expériences, faites sur les singes, l'ont amené à déclarer que sa première conviction était erronée.

UFFENORDE (de Gættingue). — a. Labyrinthite suppurée consécutive à une otite moyenne aiguë. — Une jeune femme de 23 ans commence le 19 septembre 1909 une otite qui est survenue à la suite d'un rhume de cerveau. Comme, malgré une paracentèse, fièvre et céphalée continuaient, on ouvre la mastoïde le 25 septembre. Le 4 octobre, il a fallu mettre le sinus à découvert, et la malade est morte le 7 octobre (durée de la maladie: dix-neuf jours). A l'autopsie, on trouve une labyrinthite suppurée et une lepto-méningite basale. Il est probable que la suppuration a envahi le labyrinthe par la fenêtre ronde. Cliniquement, le cas n'a pas offert de particularité spéciale, à moins que l'absence de phénomènes vestibulaires puisse être notée. Au point de vue thérapeutique, le problème est plus difficile. Dans les cas aigus de labyrinthite, malgré la surdité et l'inexcitabilité vestibulaire, Uffenorde conseille l'expectative, parce que il peut s'agir d'une labyrinthite séreuse. S'il y a céphalée, de la température ou des symptômes endocraniens, il faut faire la radicale et l'ouverture du labyrinthe d'après sa méthode. Se contenter

seulement de la radicale et en attendre l'effet n'est pas à conseiller, l'ouverture du labyrinthe n'étant pas difficile.

b. Labyrinthite suppurée circonscrite. Empyème du sac endolymphatique. Abscès du cervelet consécutif à une otite cholestéatomateuse. — Ce cas a présenté une suppuration du labyrinthe cantonnée uniquement dans le vestibule et dans les canaux semi-circulaires. De là la suppuration s'était propagée au sac endolymphatique, qui, comme toujours, a produit l'abcès cérébelleux. Cliniquement on pouvait constater seulement des phénomènes vestibulaires, tandis que l'audition, quoique très compromise, existait toujours. L'existence d'une labyrinthite suppurée ne faisait aucun doute. L'ouverture du labyrinthe s'imposait néanmoins en raison de l'existence de phénomènes endocraniens (vomissements).

Discussion.

NEUMANN. — Il est certain que le diagnostic différentiel entre labyrinthite séreuse et labyrinthite suppurée peut être très difficile dans certains cas. Heureusement que, pour nos interventions, il n'est pas nécessaire de différencier ce diagnostic. Il suffit de savoir qu'il faut toujours opérer une labyrinthite quand les fonctions cochléaires et vestibulaires sont éteintes. S'il persiste des restes de la fonction labyrinthique, que la labyrinthite soit suppurée ou séreuse, on n'opère pas sans symptômes endocraniens. Il faut considérer qu'un labyrinthe peut temporairement cesser sa fonction et la reprendre au bout d'un certain temps, mais ce réveil de la fonction ne peut être attendu que s'il persiste des restes de fonction labyrinthique. Un malade peut être sourd pour la parole, ne plus avoir de réaction calorique, et la lésion de l'oreille peut être réparable s'il existe de l'audition pour le diapason, soit par l'air, soit par l'os, s'il existe une réaction vestibulaire, soit à la rotation, soit à tout autre excitant. Comme exemple, Neumann cite le cas d'un jeune homme qui a été trépané pour une mastoïdite aiguë. L'opérateur, par maladresse, a ouvert le canal horizontal. Dans la cavité opératoire, on voyait deux ouvertures anormales provenant de la section du canal horizontal. La fonction du labyrinthe est restée supprimée pendant trois semaines, pour revenir si complètement que le malade entend aujourd'hui la voix chuchotée à 9 mètres. Il est intéressant de remarquer que l'examen le plus minutieux du vestibule ne permet pas de constater l'absence du canal horizontal.

Voss (de Francfort). — Il est très important de faire un examen

fonctionnel aussi détaillé que possible, quand, à la suite d'une otite moyenne aiguë, des symptômes labyrinthiques se manifestent. Il nous sera impossible de faire avant l'opération le diagnostic exact, c'est-à-dire de savoir s'il s'agit d'une labyrinthite diffuse ou circonscrite. Si on peut déceler une fonction quelconque de l'appareil cochléaire, il s'agit d'une labyrinthite circonscrite et presque toujours séreuse, qui n'a pas besoin d'être opérée. Au contraire, il faut la préserver d'une opération, parce que ces cas guérissent ou après paracentèse simple ou après antrotomie, si cette dernière est nécessaire pour d'autres raisons. Quant à la fonction cochléaire, il est surtout important de fixer nettement la limite inférieure. Si cette limite va jusqu'à la petite octave ou à la grande octave et peut-être même plus bas, le trouble fonctionnel de l'oreille pourra se réparer, et le labyrinthe est à ménager.

Heureusement les cas sont rares où, avec une labyrinthite séreuse, le labyrinthe a entièrement cessé de fonctionner. Depuis que Voss a publié 2 observations de ce genre, d'autres cas n'ont pas été publiés. Dans les 2 cas, la perte de la fonction du labyrinthe a été si brusque et a suivi de si près l'éclosion de la suppuration de l'oreille moyenne que Voss ne pouvait pas croire qu'une destruction du labyrinthe eût pu avoir lieu si rapidement, et en conséquence il a supposé l'existence d'une labyrinthite séreuse. Les 2 cas ont guéri. L'ouverture inutile du labyrinthe au cours d'une otite suppurée aiguë expose facilement à la propagation de la suppuration dans l'endocrane. Là-dessus tout le monde est d'accord.

BRUHL (de Berlin). — **De l'otosclérose.** — Bruhl présente 3 os temporaux provenant de 2 malades chez lesquels on a fait *intra vitam* le diagnostic de surdité nerveuse. A l'examen microscopique, on constate à part une atrophie du ganglion spiral, dans la capsule du labyrinthe des foyers de spongieuse comme on les voit seulement dans l'otosclérose. La particularité de ces cas est que la région de la fenêtre ovale est absolument normale. Si, d'après Politzer, on n'admet le diagnostic d'otosclérose que dans les cas où il a enkystose stapédienne, les cas présentés par Bruhl ne peuvent pas y être rangés.

Discussion.

MANASSÉ reproche à Bruhl de compliquer la question si controversée de l'otosclérose. Pour Manassé, il est injustifié de parler d'une otosclérose typique et atypique, car il est absolument indif-

fèrent que l'étrier soit fixé ou non par un tissu osseux de néoformation. Cliniquement il est très difficile de diagnostiquer l'ankylose stapédienne, et personnellement Manassé se déclare incapable de porter ce diagnostic avec assurance (violentes protestations).

PANSE (de Dresde) partage entièrement l'opinion de Manassé et croit comme lui qu'on ne peut pas faire le diagnostic d'otosclérose (Panse ne dit pas ankylose stapédienne). La triade de Bezold, soi-disant caractéristique pour l'otosclérose, est souvent en défaut. Il serait préférable de rayer l'otosclérose du cadre de la pathologie.

SCHNITZER. — Tous les cas diagnostiqués et reconnus par l'autopsie comme ankylose stapédienne parlent contre Manassé et Panse. Il est certain seulement qu'on ne peut pas reconnaître tous les cas d'otosclérose, et le cas présenté par Bruhl en est un exemple. Cliniquement on pourrait s'aider par la reconnaissance de la transparence rouge, par la recherche de l'hérédité.

BRUHL se défend contre le reproche de créer de la confusion. Les cas présentés par lui montrent microscopiquement les mêmes conditions que les vrais cas d'otosclérose. Mais, au point de vue de la pathogenèse, il doit y avoir une différence, laquelle ? Bruhl ne le sait pas, mais il peut affirmer qu'il existe une différence clinique entre l'otosclérose et la surdité nerveuse.

OTTO MAYER (de Vienne). — **Sur la surdité endémique.** — Dans les pays où le crétinisme est endémique, on rencontre une surdité qui en fait très souvent partie, mais qui peut aussi se montrer comme seul phénomène bien développé du crétinisme endémique. Mayer a examiné 6 oreilles provenant de malades crétins. La caractéristique générale anatomique est la suivante : hyperostose en masse, persistance du tissu muqueux embryonnaire, existence du tissu graisseux et fibreux dans la région de la fenêtre ovale. Ces troubles sont dus à un fonctionnement vicieux de la glande thyroïde. L'orateur ne dit pas que Bloch appelle cette surdité surdité dysthyrique.

E. URBANTSCHITSCH. — **Sur l'étiologie de la surdi-mutité.** — On peut diviser la surdi-mutité, d'après Hammerschlag, en surdi-mutité acquise et congénitale (par dégénérescence héréditaire). La surdi-mutité acquise peut être acquise dans la vie intra-utérine (syphilis héréditaire) ou dans la vie post-fortale. La surdi-mutité acquise pendant la vie intra-utérine est sans conteste la plus difficile à reconnaître. Elle est presque toujours due à la syphilis et constituerait, d'après Bezold, 5,6 p. 100 des cas de surdi-mutité, Urban-

tschitsch est arrivé à un pourcentage analogue. Quant à la surdité congénitale, celle due à une dégénérescence par hérédité, il faut admettre que la source est déjà inhérente à la première source de vie. Des enfants ainsi constitués peuvent venir au monde avec ouïe fonctionnant et devenir sourds à la suite du moindre accident. On peut donc parler chez eux d'une surdi-mutité latente, et cette latence peut cesser à l'occasion d'une chute sur la tête par exemple ou d'une maladie intercurrente, surtout la syphilis. Mais le facteur le plus important paraît bien être la consanguinité quand il s'agit des enfants israélites. Encore ne faut-il voir dans cette consanguinité qu'un élément favorable, en ce sens que les parents sourds eux-mêmes transmettent leurs tares à leur progéniture. Ainsi Hamerschlag, qui a examiné les sourds-muets d'une école israélite, a trouvé 37,2 p. 100 de mariages consanguins, tandis que Urbantschitsch n'en a trouvé que 0,5 p. 100.

UFFENORDE (de Göttingue). — **Contribution à la pathogenèse du cholestéatome secondaire.** — Recherche histologique (pas complètement terminée) pour démontrer l'importance de la métaplasie de l'épithélium dans la genèse du cholestéatome.

BRUNINGS (d'Iéna). — **Sur la conduction osseuse comme base d'une épreuve qualitative de l'ouïe.** — Brünings combat les idées de Bezold sur la conduction du son par les osselets. Ces idées ont conduit Bezold à une fausse conception du Rinne. Brünings, n'admettant pas la différence entre la vibration moléculaire et la vibration totale, explique le Rinne par des différences dans les phases de vibration, c'est-à-dire l'interférence cranio-tympanique avec la vibration osseuse.

Ces explications sont un peu confuses, et leur compréhension a été facilitée par des démonstrations sur des appareils de physique construits spécialement. Il paraît néanmoins que Brünings n'a pas été entièrement compris.

BLOCH (de Fribourg). — **Remarques sur la proposition de la Commission internationale sur une formule acoumétrique universelle.** — La Commission a négligé l'intérêt qu'il y a à noter les résultats de l'examen avec des sons de haute et de basse tonalité. Bloch propose de noter en premier la distance à laquelle les sons de haute tonalité sont entendus, ensuite les sons de basse tonalité.

Ainsi, par exemple, si les sons de haute tonalité sont entendus à 5 mètres et les sons de basse tonalité à 0^m,5, on écrirait pour

l'oreille droite $v = 5 - 0,5$, et on verrait de suite qu'il s'agit d'une surdité de l'oreille moyenne. Si, par contre, les sons de haute tonalité, qui naturellement devraient être entendus à une plus grande distance, sont entendus à $0^m,5$ seulement, et si les sons graves sont entendus à une plus grande distance, par exemple 3 mètres, on reconnaîtrait cette surdité nerveuse d'après la formule $v = 0,5 - 3$. Ensuite Bloch critique le choix du diapason la^3 pour la recherche du Rinne. Avec ce diapason, seule la reconnaissance du Rinne négatif a de la valeur.

Discussion.

PANSE (de Dresde), qui a fait partie de la Commission internationale, est loin de considérer la formule comme convenant à tous les otologistes, mais elle est certainement, de toutes celles proposées, la plus commode. Quant au Rinne, personnellement il n'y attache aucune importance.

JÖRGEN MÖLLER partage entièrement l'opinion de Panse. Il n'emploie pas le Rinne, mais il l'a conservé dans la formule, parce que beaucoup d'otologistes l'emploient.

BARANY voudrait simplement remarquer que la proposition de la Commission n'a pas été acceptée à Budapest.

QUIX (d'Utrecht) a complètement délaissé le Weber et le Rinne, qui n'ont aucun sens. Il est préférable de mesurer la conduction aérienne et la conduction osseuse dans des conditions exactes de physique pour pouvoir diagnostiquer le degré, le siège et la localisation de chaque affection auriculaire.

BRUNINGS (d'Iéna). — Sur l'épreuve quantitative de l'appareil vestibulaire. — Le meilleur réactif de l'appareil vestibulaire est le réactif calorique. Le plus commode des canaux semi-circulaires à examiner est le canal horizontal. La réaction nystagmique est due aux mouvements de l'endolymphe et sera d'autant plus prononcée que le canal horizontal se rapprochera de la verticale. Toutes ces réflexions forment un côté de la nouvelle idée de Brünings:

Voici maintenant l'autre côté. L'irritant calorique se mesurera le mieux d'après la quantité d'eau nécessaire pour provoquer la réaction, à condition que cette quantité d'eau s'échappe toujours avec la même vitesse, prenne toujours la même direction et garde toujours la même température. Ainsi constituée, l'idée de

Brünings pour l'irritabilité du vestibule l'a conduit à la construction de deux instruments; d'un oto-goniomètre pour mesurer la position du canal horizontal dans l'espace et d'un oto-calorimètre pour faire l'irrigation dans les conditions voulues. On peut avoir des idées différant de celles de Brünings sur le mécanisme de l'irritation vestibulaire, et dans la discussion Barany, Marx, Quix, l'ont montré, mais, d'après la description de l'oto-calorimètre, il nous paraît être un appareil bien commode pour la recherche du nystagmus calorique.

BRUNINGS. — Sur de nouveaux points de vue dans le diagnostic des affections de l'appareil vestibulaire. — Il peut exister des troubles dans l'appareil vestibulaire qui peuvent supprimer sa fonction. Ces lésions peuvent être d'origine mécanique, c'est-à-dire l'endolymphe peut être troublé dans son mouvement, ou d'origine nerveuse.

Nous n'avons, jusqu'à présent, pas de moyen de distinguer ces troubles fonctionnels mécaniques des troubles nerveux. Brünings développe quelques considérations qui laissent entrevoir la possibilité de distinguer ces deux ordres de lésions. Quand l'endolymphe ne peut plus circuler, soit qu'elle ait changé son degré de viscosité, soit qu'il s'agisse d'inflammation des canaux circulaires, la réaction calorique est diminuée ou même entièrement supprimée. Au contraire, la réaction galvanique trouvera des conditions plus favorables pour se manifester, et tout le travail de Brünings tend à démontrer que le courant galvanique n'agit pas en attaquant directement les parties nerveuses, mais en produisant par la cataphorèse un déplacement du liquide ou une irritation des terminaisons nerveuses. Or l'augmentation de la viscosité de l'endolymphe ou le rétrécissement du canal endolymphatique agissent tous les deux en facilitant l'effet cataphorique.

HANSBERG (de Dortmund). — L'opération précoce dans la septicémie otogène. — Si nous pouvions facilement diagnostiquer la septicémie otogène, nous serions moins embarrassés pour trouver le moment opportun de l'intervention. Il coïnciderait avec celui de l'établissement du diagnostic, car, si des cas authentiques de guérison par l'expectative seule sont connus, la grande majorité se terminent par la mort. Si la septicémie paraît au cours d'une otite chronique, l'un ou l'autre des symptômes (côté du sinus, côté de la mastoïde) indique l'opération; mais, dans les cas aigus, l'hésitation est explicable même de la part du plus expérimenté. Com-

ment, par exemple, se comporter vis-à-vis d'un cas où, depuis le début de l'otite, il ne s'est écoulé que trente-trois heures avant que toutes les cellules de la mastoïde soient en fonte purulente. L'état de torpeur de l'enfant et une température de 39°,5 ont seuls décidé Hansberg à ouvrir largement. Ces cas, pourtant, ne sont pas rares où la septicémie prend cette allure foudroyante, car Hansberg seul a pu en observer 15, dont 13 ont été guéris par l'opération. Huit fois la mastoïde ne présentait aucune altération, même pas de sensibilité à la pression. La fièvre seule serait un bon indicateur, mais il ne faut pas toujours attendre de très hautes températures, car 3 des cas opérés par Hansberg n'ont jamais dépassé 39°, et pourtant, dans un des cas, quatre jours après le début de l'otite, le sinus était thrombosé et une métastase dans le genou s'était développée.

Le pouls est déjà un indicateur moins bon et n'a pas de valeur, comme par exemple dans la septicémie puerpérale, où avec la température les deux courbes font la croix de mauvais augure. Au début de la septicémie déjà, on peut constater des troubles du sensorium et surtout une tendance au sommeil, qui peut être caractéristique. L'examen du tympan, de l'apophyse mastoïde, sont de peu de valeur, l'hémoculture infidèle et trop lente. La leucocytose ne sera pas de plus d'utilité que dans la septicémie appendiculaire. En somme, on peut dire que le diagnostic est fait d'impondérabilité, et on regrettera plus souvent de ne pas avoir opéré que le contraire.

WINCKLER (de Brême). — **Les pertes de substance faites dans la cavité crânienne après la radicale ou l'antrotomie sont-elles sans importance?** — La mise à nu de la dure-mère non intentionnée est une faute et, si elle est nécessaire, elle constitue une complication dans le traitement post-opératoire. Souvent, ces brides osseuses dans la cavité endocrânienne entretiennent des céphalées qui peuvent durer des années. Il faut avoir grand soin de couvrir la dure-mère dénudée avec du périoste de l'entourage et de fermer exactement la plaie. Si la brèche osseuse est très grande, la céphalée ne peut même pas être évitée par une fermeture plastique, et cette céphalée, due à une irritation méningée, sera la règle à chaque rechute de l'otite.

WINCKLER. — **Sur l'incision dans la trépanation de la fosse canine.** — L'incision de la muqueuse dans l'opération de Luc-Caldwell, est différemment faite par les différents opérateurs, ce qui

prouve qu'on n'y attache pas d'importance. En examinant pourtant les malades, on verra que toute une série de troubles post-opératoires sont dus à cette incision, des paresthésies dans la gencive, les dents, une gêne dans la mobilité non seulement de la lèvre supérieure, mais de toute la joue. Si, comme la plupart des opérateurs le font, l'incision est faite dans le pli gingivo-labial, il s'établit plus tard une cicatrice qui gêne les opérés dans le nettoyage de leurs dents. Si l'apophyse alvéolaire est atrophiée, ces troubles sont encore beaucoup plus marqués, à tel point même qu'une prothèse dentaire, par exemple, ne peut plus tenir à l'apophyse. Pour parer à tous ces inconvénients, Winckler propose de faire une incision dans la muqueuse jugale de 0^m,5 à 1 centimètre plus haut que le pli gingivo-labial. Cette muqueuse est séparée de sa base et détachée sur la gencive jusqu'à ce que le pli gingivo-labial soit dépassé. Ensuite le périoste est incisé dans le pli et l'opération continuée. Généralement il ne faut pas faire cette incision trop longue. Il suffit d'aller de la première incisive à la première prémolaire. Bien entendu, il faut toujours suturer après l'opération.

WITTMACK (d'Iéna). — **Sur la fermeture de la trompe après la radicale.** — La grande cause d'échec de la radicale est la suppuration entretenue par la trompe. Aux nombreux moyens proposés pour exclure cette suppuration, Wittmaack en ajoute un nouveau consistant en la fermeture de l'ostium tympanal par la transplantation d'un lambeau cutané. La discussion qui a suivi montre que personne ne songe à imiter Wittmaack et à faire des transplantations dans une région aussi dangereuse que celle des fenêtres, où la moindre rétention de pus pourrait conduire à des complications terribles. Siebenmann dit qu'il y a un moyen bien plus simple d'éviter cette suppuration tubaire, c'est de ne pas curetter dans la caisse et de laisser le tympan intact. Urbantschitsch rappelle le procédé décrit par lui pour guérir les suppurations tubaires en moins de trois jours.

Woss (de Francfort). — **Méningite séreuse auriculaire.** — Cas très intéressant et rapporté en détail. Pendant la trépanation, le sinus s'est déchiré spontanément, probablement par les coups de maillet. Au cours de la maladie, s'est développée une méningite séreuse. Le malade allait déjà mieux de sa méningite, et il ne persistait qu'une bradycardie dans la position horizontale. Sur les instances du malade, Woos lui a permis de se lever, quand, brus-

quement, il a été repris, mais cette fois-ci d'une méningite spinale (violentes douleurs dans les reins, impossibilité de marcher, etc.). Il est probable que, par la position debout, des brides protectrices se sont déchirées et que la méninge spinale s'est ainsi infectée.

HERZOG (de Munich). — **Sur le mécanisme du symptôme de la fistule.** — Chaque fois que le symptôme de la fistule existe, Herzog admet l'existence d'une perte de substance dans la paroi du labyrinthe; mais c'est la seule constatation que ce symptôme permette de faire. Sur la localisation de la fistule, il ne dit rien.

SCHEIBE (de Munich). — **Symptôme de la fistule. Labyrinthite post-opératoire et sa prophylaxie.** — Le symptôme de la fistule se trouve généralement avec un labyrinthe dont la partie cochléaire fonctionne encore. Il existe même des malades chez lesquels la fistule ou, comme Scheibe voudrait l'appeler, l'usure du labyrinthe ne s'est manifestée par aucun symptôme subjectif. Ces cas sont exceptionnels. Généralement les malades atteints de fistule se plaignent de vertige, de nausées, allant jusqu'aux vomissements. Dans 50 p. 100 des cas, il existe un nystagmus spontané dirigé généralement indifféremment des deux côtés, rarement seulement du côté malade. Quant à l'otite concomitante, elle est généralement compliquée de cholestéatome. Les opérations nous ont montré que la plupart de ces fistules siègent sur le canal horizontal, qu'elles n'intéressent que la capsule osseuse et que l'intérieur du labyrinthe est normal. L'opinion de Jansen, d'après laquelle la fistule est toujours compliquée de labyrinthite circonscrite, est erronée. Enfin tous les auteurs sont d'accord pour admettre que ces fistules sont dénuées de danger tant que le labyrinthe fonctionne. Que deviennent les porteurs de ces fistules quand on les opère? Les recherches de Scheibe lui ont montré que presque tous font une labyrinthite séreuse qui se termine par la surdité complète. De plus, les autres symptômes subjectifs ne disparaissent pas tous. Que deviennent ces malades si on soigne leur otite par le traitement conservateur? Scheibe a soigné 5 cas, dont 4 seulement peuvent compter, parce que le cinquième a été opéré antérieurement. Dans les 4 cas, la suppuration était tarie; l'audition est restée telle qu'elle était avant, et une complication du côté du labyrinthe ne s'est pas produite. En s'appuyant sur tous les cas de suppuration auriculaire qu'il a eu occasion de soigner depuis vingt ans par le traitement conservateur, Scheibe prétend que le traitement conservateur ne nuit pas à l'audition. Si un cas pré-

sentant le symptôme de la fistule doit être opéré pour une raison ou une autre, il n'existe qu'un moyen d'éviter la labyrinthite séreuse, et ce moyen consiste à ne pas chercher la fistule. Ainsi on évitera la lésion de l'endoste.

Discussion.

RUTTIN trouve que Scheibe se bat avec des moulins à vent. Il n'a jamais prétendu que la labyrinthite séreuse suivait nécessairement l'opération de la radicale compliquée de fistule. Le symptôme de la fistule n'a jamais indiqué l'opération, mais il ne l'a pas empêchée non plus.

BONDY (de Vienne) croit au contraire que le symptôme de la fistule indique toujours la nécessité de l'opération radicale pour éviter au malade le danger auquel l'expose l'otite cholestéatomateuse.

GYERGYAI (d'Hansenberg). — **Méthode directe pour l'examen et le traitement de la trompe d'Eustache.** — Application de l'appareil de Brünings. Malade dans la position de Rose. Le tube a un diamètre de 8 millimètres.

MORIAN (de Carlsruhe). — **Sur la névrite alcoolique de l'acoustique.** — Il semble que l'acoustique soit moins sensible à l'alcool que le nerf optique. Les cas de névrite acoustique alcoolique sont rarement rapportés. Il n'existe aucun examen anatomique. Morian a observé 3 cas et en a trouvé 8 autres dans la littérature.

L'affection a un début brusque; la surdité peut paraître en quelques heures ou en quelques jours; une seule fois la surdité s'est établie lentement. Les deux acoustiques sont pris, mais pas avec la même intensité. Le degré de la lésion peut être différent et aller de la surdité complète aux différents degrés de dysacousie. A l'examen, on a toujours le tableau de la surdité nerveuse. L'appareil vestibulaire n'est pas toujours pris. Il existe encore d'autres manifestations de l'éthylisme chronique, qui facilitent le diagnostic.

RUTTIN. — **Contribution à la pathologie de la surdi-mutité avec remarques sur la physiologie et la pathologie de la péri-lymphe et de l'endolymphe.** — Un chien sourd et muet, observé pendant deux mois par Ruttin, a été trouvé mort dans sa niche, tué par un autre chien. Bonnes conditions pour faire un examen histologique du labyrinthe. Nous ne rapportons pas cette

description; constatons seulement qu'il s'agissait d'une occlusion congénitale de l'aqueduc cochléaire. L'appareil vestibulaire ayant été trouvé intact, Rutlin on conclut que la périlymphe ne joue que le rôle d'un liquide dans lequel l'appareil vestibulaire est suspendu et que, pour l'appareil vestibulaire, c'est l'endolymphe qui commande la fonction. Au contraire, pour l'appareil cochléaire, il faut, d'après la théorie de Helmholtz, que la périlymphe ait une liberté de mouvement, de sorte que, pour l'appareil cochléaire, c'est la périlymphe qui a la valeur fonctionnelle. Nous pouvons, en nous appuyant sur ces deux hypothèses, expliquer comment, dans la labyrinthite séreuse, la fonction cochléaire est supprimée plus tôt et plus souvent que la fonction vestibulaire. Nous pouvons facilement expliquer qu'il y ait des cas où la fonction cochléaire soit perdue et la fonction vestibulaire conservée, des cas où ces deux fonctions sont perdues, mais il est facile aussi d'expliquer que nous ne connaissions pas de labyrinthites séreuses dans lesquelles seule la fonction vestibulaire soit détruite et la fonction cochléaire conservée. La labyrinthite séreuse commencera évidemment dans l'espace périlymphatique, comme étant le plus proche du foyer pathologique, d'où suppression de la fonction de la partie cochléaire à un moment où l'endolymphe peut ne pas encore être atteinte de labyrinthite. Nous pouvons ainsi faire la distinction entre la périlabyrinthite et l'endolabyrinthite.

HUGO STERN (de Vienne). — **Les progrès dans l'éducation des sourds-muets.** — L'instruction du sourd-muet doit commencer le plus tôt possible, avant son entrée à l'école, et se continuer après la sortie de l'école. La méthode d'enseigner le langage aux sourds-muets a été beaucoup et heureusement modifiée par Gutzmann et autres. L'ouvrage de Paul (Metz, 1908) marque un autre pas vers la perfection. Paul introduit le mécanisme par les syllabes comme base de l'enseignement. Les examens kymographiques (courbe du mouvement respiratoire) faits chez le sourd-muet ont montré que le défaut dans la respiration est nuisible à la bonne articulation.

On trouvera encore une foule de nouvelles pratiques introduites dans l'enseignement des sourds-muets.

KRETSCHMANN (de Magdebourg). — **Ostéome de la tête.** — Description de 5 cas, dont le troisième constitue une sorte d'agglomération d'une quantité de petits ostéomes sous une enveloppe périostée.

CLAUS (de Berlin). — **Diagnostic des tumeurs ponto-cérébelleuses.** — Les 2 observations de Claus ont ceci d'intéressant que le nerf cochléaire n'était pas ou que peu lésé et que le nerf vestibulaire montrait au contraire de grosses lésions. Ces 2 cas nous paraissent tout à fait exceptionnels. Claus peut même en ajouter un troisième, il est vrai pas occasionné par l'existence d'une tumeur ponto-cérébelleuse, mais montrant que le nerf cochléaire, lésé en même temps que le nerf vestibulaire, peut récupérer sa fonction bien avant le nerf vestibulaire.

WANNER (de Munich). — **Le nouveau règlement concernant la statistique des sourds-muets en Bavière.** — Dans ce court article, Wanner montre les difficultés qu'on rencontre dans l'établissement d'une statistique utilisable scientifiquement. Les nouveaux règlements introduits en Bavière ne se trouvent pas dans la communication de Wanner et ont été distribués au cours de la séance sous forme d'un questionnaire.

SCHÖNEMANN (de Berne). — **De l'influence des cicatrices non résistantes du tympan sur la surdité.** — Parfois des cicatrices non résistantes du tympan sont la cause de la conservation d'un degré d'audition assez marqué. Des tympans sclérosés ou presque complètement crétacés doivent à l'existence d'une petite partie atrophiée de pouvoir encore servir à l'audition.

E. URBANTSCHITSCH. — **Sur l'influence de la position de la tête sur l'écoulement des sécrétions auriculaires.** — Seul de tous les canaux excréteurs du corps humain, le conduit n'a pas à son service un système musculaire pour conduire à l'extérieur la sécrétion. L'écoulement de la sécrétion de l'oreille ne peut se faire que : 1° par la sécrétion poussant devant elle la sécrétion ; 2° par la position du canal excréteur conformément aux lois de la gravitation. Pratiquement ces deux règles permettent de dire qu'un bouchon de cérumen se trouvera du côté opposé à celui sur lequel le malade a l'habitude de dormir. Supposons, par exemple, un homme ayant l'habitude de dormir sur le côté gauche ; le cérumen excrété dans l'oreille droite s'avancera vers le tympan pour faire place à un nouveau cérumen sécrété jusqu'à ce que le bouchon soit constitué. Au contraire, dans l'oreille gauche, le cérumen avancera vers l'extérieur, d'où il est facilement enlevé par le sujet. Une autre conséquence pratique est de faire coucher

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXVI, N° 12, 1910. 39

l'otorrhéique sur le côté malade, mais ceci ne compte que pour les cas d'otite aiguë.

BARANY. — Appareil vestibulaire et cérébelleux. — Recherches anatomiques.

RUTTIN. — Sur l'éléphantiasis de l'oreille. — Relation d'un cas concernant un garçon de 9 ans qui a été tiré si violemment par l'oreille que probablement il y a eu déchirure de tous les vaisseaux lymphatiques. Examen microscopique.

QUIX (d'Utrecht). — Expériences sur l'accommodation de l'oreille.

HANSBERG (de Dortmund). — Ostéomyélite consécutive à une otite moyenne aiguë. — Garçon de 4 ans, a subi en 1908 une double antrotomie avec mise à nu et ouverture du sinus. En 1910, otite aiguë nécessitant une paracentèse. Rougeur et tuméfaction de la cicatrice derrière l'oreille. L'état de l'enfant empire malgré une réouverture de la cicatrice de la première opération. On est obligé, dans une troisième opération, de rouvrir l'antre et d'enlever toute la squame dont le diploë est rempli. A la suite de cette large résection, l'enfant guérit. Examen bactériologique montre l'existence du pneumocoque.

Prochaine réunion à Francfort, en 1911.

BIBLIOGRAPHIE

RICHARD LAKE. — *Handboock of the diseases of the ear (for the use of students and practitioners)* (avec 4 planches en couleurs et 66 illustrations originales dans le texte; 3^e édition, Londres, Baillière, Tindall et Cox, 1910).

Ce petit livre de R. Lake en est à sa troisième édition : c'est dire en quelle estime il est tenu dans les pays de langue anglaise, et il paraît bien la mériter par ses qualités de simplicité et de clarté. En moins de 250 pages, tout l'essentiel à connaître des maladies de l'oreille est indiqué dans les chapitres bien découpés et bien subdivisés que n'alourdit nulle recherche de style, nul étalage bibliographique, car on n'y trouve aucun nom d'auteur.

Un livre classique comme celui-ci est toujours d'une lecture intéressante et instructive pour des étrangers qui y trouvent souvent des opinions et des méthodes thérapeutiques très différentes des leurs. Nous pourrions en indiquer un assez grand nombre dans ce livre : nous n'en indiquerons que quelques-unes ici comme exemples.

Dans le traitement de la mastoïdite aiguë, lorsque le curettage est terminé, Lake dit qu'il faut faire une incision à la partie postérieure du tympan et injecter une solution antiseptique par le conduit, de façon à ce qu'elle pénètre dans la plaie, et *vice versa*. Il y revient encore à propos du traitement de la mastoïdite de Bezold : « La membrane du tympan est alors largement incisée, l'oreille moyenne et l'attique lavés avec une solution antiseptique ; enfin il faut essayer de faire passer le liquide de la plaie rétro-auriculaire dans la caisse du tympan. » Et il énumère les solutions fortes, l'acide phénique, le sublimé, les émulsions iodoformées, etc., avec lesquelles il faut vigoureusement badigeonner le fond de la plaie opératoire. Cela contraste avec les habitudes de la plupart d'entre nous et avec le respect qu'il nous semble qu'on doit avoir pour la membrane tympanique dans les cas aigus.

Comme deuxième exemple, nous pourrions indiquer la pratique de l'auteur dans l'évidement pétro-mastoïdien pour mastoïdite chronique. Il est à noter, tout d'abord, qu'il taille un lambeau posté-

rieur analogue à celui de Körner. Il décrit ensuite très longuement les greffes qu'il convient de faire, d'après la méthode de Thiersch, soit avant de finir l'opération, ce qui expose à la production d'une suppuration analogue à celle du cholestéatome, soit au bout d'un temps variable. Dans ce cas, il faut rouvrir la plaie postérieure, laver, enlever les bourgeons charnus, badigeonner à l'adrénaline, appliquer et suturer le lambeau qui a été pris à la partie interne de la cuisse.

Le livre de M. Lake est d'ailleurs très au courant : notons en particulier une courte, mais bonne description des interventions sur le labyrinthe, dont la compréhension est facilitée par des figures très claires. On peut d'ailleurs faire l'éloge de l'illustration de cet intéressant précis.

M. LANNOIS.

G. CESBRON. — **Contribution à l'étude des angiomes du pavillon de l'oreille** (Thèse de Paris, 1909, 75 pages; Mellinet, Nantes, édit.).

Les angiomes du pavillon de l'oreille constituent une affection plutôt rare, puisque l'auteur n'a pu en recueillir que 20 cas, d'après ses recherches bibliographiques.

On les observe sur toute la surface du pavillon, particulièrement sur le lobule et au fond de la conque.

La pathogénie de ces tumeurs est assez obscure, mais, d'après leur caractère congénital, on peut conclure à une exagération de développement dans le système vasculaire des replis qui constituent le pavillon de l'oreille.

Leur évolution est lente avec tendance à la transformation fibreuse ; c'est cette dernière qui est la plus intéressante cause des difficultés de diagnostic qu'elle présente.

Les fibro-angiomes ont surtout des caractères négatifs : ni souffles, ni battements, souvent même ni érectilité, ni réductibilité, en somme aucun des signes qui puissent éveiller l'idée d'une tumeur vasculaire.

On ne les confondra pas avec les affections suivantes, qui ont chacune leurs caractères propres : l'othématome, l'adénite rétro-auriculaire, les fibromes, les fibro-lipomes, les gommès tuberculeuses ou syphilitiques, les kystes sébacés et les kystes dermoïdes.

Au point de vue anatomique, d'après les cas observés par l'auteur, on trouve surtout du tissu fibreux entourant de grandes lacunes vides et bordées de cellules et de nombreux capillaires.

Le traitement varie suivant les étapes et l'étendue de la tumeur. Contre les nævi, radiumthérapie ou électrolyse, dans les cas

d'angiomes circonscrits, excision au bistouri ou au galvano-cautère ; enfin ligature des artères afférentes dans les angiomes diffus.

En cas de menace de récurrence, radiumthérapie.

ROBERT LEROUX.

E. MOLARD. — La ponction lombaire dans le traitement du vertige labyrinthique (*Thèse de Paris*, 1909, 104 pages ; Chacornac et Doutaut, édit.).

Il est impossible, actuellement, de faire un diagnostic précis de labyrinthite, au moyen des épreuves acoumétriques. Le vestibule a ses procédés d'exploration propres, qui sont les épreuves voltaïques et de Barany.

Aucun agent thérapeutique ne s'est révélé efficace dans le traitement du vertige voltaïque. Par contre, la ponction lombaire a une action élective sur le système ampullaire. Le vertige voltaïque en fournit une preuve expérimentale.

Cliniquement, la soustraction de 45 à 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien entraîne toujours une modification favorable sur le labyrinthe statique.

Quelquefois cette modification n'est appréciable que par comparaison des réactions vestibulaires avant et après la ponction. C'est ce qui se rencontre dans les labyrinthites avancées.

L'action favorable se fait sentir d'autant mieux que l'on s'adresse à des troubles vestibulaires n'ayant pas encore déterminé de lésions graves du nerf.

Aussi est-il nécessaire de faire un diagnostic précoce au moyen des épreuves voltaïques et de Barany, permettant d'appliquer de bonne heure ce traitement.

Les malades qui bénéficient le plus de cette intervention sont tout d'abord ceux qui sont atteints de labyrinthite vertigineuse pure, puis ceux qui présentent de l'otite adhésive associée à des troubles vestibulaires, ensuite ceux qui ont de la sclérose mixte. En dernier lieu, viennent les labyrinthiques très avancées. Ici encore, les épreuves vestibulaires peuvent, dans une certaine mesure, par comparaison des réactions avant et après la ponction, permettre une appréciation sur le résultat immédiat du traitement. Ce résultat n'est souvent obtenu qu'après deux ou trois ponctions faites à quinze ou vingt jours d'intervalle.

Les guérisons sont rarement définitives, mais il existe des rémissions atteignant six mois, un an et trois mois.

Lorsque, après une guérison de plusieurs semaines, au minimum, survient une rechute, ce fait aggrave le pronostic, car, chaque fois

la ponction procure un soulagement plus court et finit par être inefficace.

En dehors des cas exceptionnels de tumeurs cérébrales, où la ponction a donné lieu à des accidents mortels, la soustraction de 15 à 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien ne détermine jamais que des maux pouvant persister quelques jours, mais qui surviennent seulement lorsqu'on ne prend pas la précaution indispensable de faire garder au malade un repos au lit, la tête basse, avant et après la ponction lombaire.

ROBERT LEROUX.

LEULIER. — Contribution à l'étude des goîtres de la base de la langue (*Thèse de Paris*, 1909, 94 pages).

Les goîtres de la base de la langue se développent aux dépens soit des restes de l'ébauche thyroïdienne médiane, soit du corps thyroïde atrophié, inclus dans la base de la langue : c'est donc une anomalie ressortissant à une perturbation de la glande au cours de son évolution.

On rencontre dans ces goîtres toutes les variétés histologiques des goîtres ordinaires.

Comme ceux-ci, leur fréquence est plus grande chez la femme.

Ils sont absolument indolores et ne manifestent leur présence que par les signes communs à toutes les tumeurs bénignes de la base de la langue. Résultant de l'obstruction de l'oro-pharynx, ces symptômes se traduisent par une gêne de la déglutition, de la phonation et de la respiration.

Ces goîtres forment, en arrière du V lingual, une tuméfaction arrondie, recouverte d'une muqueuse lisse, unie, très vascularisée, jamais ulcérée. Leur consistance, habituellement élastique, varie avec leur constitution. Ils sont souvent le siège d'hémorragies. Ils ne s'accompagnent jamais d'adénopathies.

Leur marche est toujours très lente et tout à fait silencieuse, durant les premières années. Ils peuvent évoluer plus tard, suivant deux modes différents :

a. Sous l'influence de causes mal déterminées, après cette longue période de latence, la tumeur augmente assez rapidement de volume, et sa présence est décelée par les troubles mécaniques que produit l'obstruction pharyngée ;

b. La tumeur reste stationnaire et n'atteint pas un volume suffisant pour déterminer des symptômes fonctionnels. Elle reste ignorée et peut n'être qu'une trouvaille d'examen laryngoscopique ou d'autopsie.

Le diagnostic se fait grâce au laryngoscope ; il ne peut offrir de difficulté qu'avec certains kystes du canal thyroïglosse. Dans les cas où le goitre lingual s'accompagne d'accidents de myxœdème et coïncide avec l'absence de corps thyroïde, le doute n'est plus permis.

Les complications sont dues à l'exagération de deux symptômes : hémorragies et gêne respiratoire ; il peut également exister une diminution des fonctions thyroïdiennes.

Les hémorragies, par leur répétition et leur abondance, plongent parfois le malade dans un état d'anémie grave.

Les goitres volumineux peuvent déterminer pendant le sommeil des crises d'asphyxie par obstruction des voies respiratoires.

Le myxœdème coïncide habituellement avec l'absence de corps thyroïde et semble être une complication particulière aux cas d'ectopie de la glande. Il revêt tous les degrés de l'hypothyroïdisme, depuis l'idiotie myxœdémateuse de Bourneville jusqu'aux formes les plus atténuées.

Les différents traitements médicaux essayés contre le développement de ces tumeurs n'ayant donné aucun résultat, l'extirpation reste la seule intervention.

Cette opération ne sera commandée que par l'importance des troubles fonctionnels.

a. Quand le corps thyroïde semble normal, on doit pratiquer l'exérèse totale pour éviter une récurrence possible ;

b. Si la palpation ne permet pas de découvrir le corps thyroïde, s'il existe des signes même très frustes, du myxœdème, le chirurgien, poussé par les dangers que fait courir au malade le volume de la tumeur ou la gravité des hémorragies, ne pratiquera qu'une extirpation partielle. Il pourra éviter la cachexie strumiprive, en laissant en place un fragment de la tumeur.

Contre le myxœdème (spontané ou opératoire), on aura recours au traitement thyroïdien.

ROBERT LEROUX.

ANALYSES

OREILLES.

Sur un cas d'absence congénitale des deux pavillons de l'oreille,
par GRADENIGO (*Giornale della r. Accad. di medic. di Torino*,
nov. 1909, p. 337).

L'intérêt de ce cas réside dans la bilatéralité de la malformation et de la possibilité d'examiner avec précision le pouvoir auditif du sujet, qui était un garçon d'une dizaine d'années, très intelligent.

Le pavillon ne manquait pas complètement, mais était rudimentaire et représenté par un appendice cutané-cartilagineux, de forme allongée et de direction verticale. Il n'y avait aucune trace de conduit auditif ni de conduit cartilagineux et osseux, mais le maxillaire supérieur ne présentait rien d'anormal, pas plus que les muscles innervés par le facial ; malgré cette grave malformation, le petit malade put apprendre à parler correctement avec un son de voix naturel.

Il fréquentait l'école publique, mais avait besoin d'être placé au voisinage du maître. La voix de conversation était perçue et répétée correctement à la distance d'environ 2 ou 3 mètres ; la voix aphone, de moyenne intensité, était au contraire perçue seulement au voisinage immédiat des deux oreilles.

Les diapasons de tonalité supérieure étaient perçus par la voie aérienne au voisinage des oreilles et d'autant mieux qu'elle était de tonalité plus élevée.

Les diapasons de tonalité inférieure à 200 vibrations doubles n'étaient perçus que s'ils étaient renforcés au moyen de résonateurs. Le manque de perception des tons bas était donc relatif et en rapport avec la faible intensité de ton que peuvent donner les diapasons bas, même avec la plus grande amplitude de vibrations.

Ces résultats confirment essentiellement ce que l'on sait de la fonction de l'appareil de transmission des tons.

Il n'y avait chez ce malade aucun trouble dans le domaine du labyrinthe non acoustique.

M. BOULAY.

De l'hématocèle tympanique, par L. MEKLER (*Archiv. internat. de laryngol.*, nov. 1909).

De temps à autre, il arrive d'observer, à la suite de lésions traumatiques de l'organe de l'ouïe, des hémorragies pures, sans mélange de pus, dans la cavité tympanique. L'hémorragie se fraye ordinairement un passage au dehors et attire notre attention. Il existe cependant des cas où l'hémorragie, ne trouvant pas d'issue au dehors, reste close dans la cavité tympanique et, par la pression qu'elle exerce sur les organes voisins, devient la cause de nouveaux symptômes morbides.

L'hémorragie close, beaucoup plus rare, demande l'association de deux conditions : l'intégrité du tympan et l'imperméabilité de la trompe. À première vue, une telle association dans des traumatismes de l'organe auditif accompagnés d'hémorragie paraît quelque peu paradoxale, mais cela n'exclut nullement la possibilité d'une pareille combinaison, dans des conditions particulières. Bien plus, avec une trompe parfaitement perméable, l'hémorragie peut se trouver close dans une partie isolée quelconque de la cavité tympanique, par exemple dans l'attique et dans une poche fermée par des brides cicatricielles.

Les phénomènes provoqués par l'une ou l'autre forme d'hématocèle tympanique se réduisent d'un côté à une irritation de l'organe du labyrinthe et de l'autre à des altérations du tympan faciles à constater par le simple examen otoscopique.

Comme dans d'autres hémorragies closes, dans l'évolution de l'hématocèle tympanique, un facteur très important est la propriété limitée du sang de se coaguler, par suite de l'interruption de l'accès de l'air extérieur. À cause de cela, le vaisseau traumatisé n'a pas la possibilité de s'obturer de façon définitive et donne lieu à des hémorragies répétées ; aussi il importe de chercher à rétablir la perméabilité de la trompe et éviter la paracentèse du tympan.

GRIVOT.

Méningite tuberculeuse succédant à une otite moyenne aiguë, par JOURDIN et HUGARD (*Archiv. intern. laryngol.*, nov. 1909).

L'observation rapportée par les auteurs leur suggère deux questions : 1° A-t-il existé un rapport entre l'otite et la complication méningée ? Alt a signalé 6 cas de méningite tuberculeuse développée à la suite d'otites aiguës banales ; aussi peut-on penser

que la suppuration d'oreille peut, chez un tuberculeux, même au premier degré, provoquer l'évolution d'une méningite tuberculeuse.

2° Était-il possible d'affirmer, avant l'autopsie, la nature tuberculeuse de la méningite ?

On connaît la variabilité de la symptomatologie des méningites ; cependant, dans le cas actuel, l'évolution a été plus lente, plus insidieuse que celle des méningites purulentes.

La formule cytologique n'est pas constante.

La paralysie du moteur oculaire externe, qui disparaissait après l'ouverture crânienne, semble bien secondaire à la méningite, qui produisait un étranglement du nerf dans son canal ostéofibreux.

M. GARVOT.

Sur la guérison de l'otite moyenne chronique suppurée par le traitement conservateur, par E. Vogt (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LVIII, n° 3 et 4).

La statistique sur laquelle se base Vogt comporte 148 malades reçus dans le service de Kümmel de 1902 à 1905. Il s'agit de cas d'otite moyenne chronique suppurée non compliquée. Depuis leur sortie de l'hôpital, il s'est écoulé un temps de deux ans et demi. De ces malades, 5,3 p. 100 ont dû subir la radicale et 3,3 p. 100 sont probablement morts des suites de leur otopathie. Il y aurait peu d'intérêt à aller plus loin dans le détail de cette statistique, qui montre qu'avec de la patience et un traitement approprié le pourcentage des guérisons par le traitement conservateur est très grand. On voit, pour redire des choses connues, que les suppurations de la caisse autour de la trompe sont faciles à guérir, que les grandes perforations centrales offrent un bon pronostic, que les suppurations d'origine nettement traumatique sont favorables. La destruction totale du tympan comporte un pronostic plutôt défavorable. La différence n'est pas grande entre les suppurations épi et méso-tympanales. L'otite compliquée de cholestéatome, — l'auteur l'appelle otite moyenne chronique desquamative, — a donné, sur 37 cas, 20 fois une guérison durable, 10 fois une amélioration. L'extirpation des osselets a, chose curieuse, donné de meilleurs résultats dans les suppurations épitympanales que dans les suppurations mésotympanales.

LAUTMANN.

L'otite moyenne comme symptôme précoc et phénomène des infections générales, par H. BRAUN (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LIX, n° 1).

Il est regrettable que cet article ait peu de chance d'être lu par les pédiatres. C'est à eux et aux médecins praticiens qu'il apportera des notions pratiques, tandis que pour nous il aura tout au plus une valeur doctrinaire. De longue date, nous autres, otologistes, nous distinguons entre une otite protopathique et une otite secondaire. Cette dernière se voit naturellement le plus souvent à la suite des affections du rhino-pharynx, mais il nous arrive aussi d'avoir à les soigner quand elles paraissent à la suite des maladies infectieuses, dont le plus grand contingent nous est fourni par la rougeole, la grippe, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la pneumonie.

Depuis un certain temps, quelques otiatres prévenus sont allés de propos délibéré examiner les oreilles des malades pendant la période prodromique et au cours des fièvres éruptives. Les résultats ont été des plus intéressants et permettent d'envisager les otites au cours de ces infections sous un jour nouveau. Ainsi on a trouvé que, dans la rougeole, l'otite ne faisait pour ainsi dire jamais défaut. Elle ne se manifeste pas toujours cliniquement, mais elle se laisse toujours constater à l'otoscope et surtout à l'autopsie. Kummel a pu plusieurs fois prouver que la sécrétion contenue dès le début dans la caisse était absolument stérile. A ce moment, l'otite peut pour ainsi dire être un des rares symptômes de la rougeole et paraître avant l'exanthème. Moas distingue même deux sortes d'otite rougeoleuse, une hémotogène très précoc, pour ainsi dire phénomène de la rougeole elle-même, l'autre secondaire aux affections du cavum et se montrant pendant la période de desquamation.

A peu près analogue est la situation dans la scarlatine. Pourtant, en examinant les différentes statistiques rapportées par l'auteur, nous trouvons que le pourcentage de l'otite est bien moindre dans la scarlatine. Ainsi Le Marc' Hadour trouve à peu près 44 p. 100 de cas de scarlatine se compliquant d'otite. Gessler trouve à peu près 45 p. 100 et Nager a trouvé 23 p. 100. Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer que l'otite peut être la principale manifestation de la scarlatine, et tous la signalent comme un des symptômes prémonitoires. Comme dans la rougeole, il existe, à côté de cette otite, phénomène de la scarlatine, une autre otite, suite de l'affection du cavum.

Nous pouvons être plus bref avec les autres maladies infec-

tieuses, qui attaquent moins souvent l'oreille, et dont l'influenza a été la mieux étudiée ces derniers temps. Il nous faut mentionner tout spécialement la méningite cérébro-spinale, dans laquelle l'otite ferait, d'après quelques auteurs, partie intégrante de la maladie. D'après Braun, Netter croirait même que la caisse est la porte d'entrée du méningocoque et que les lésions de la caisse et du labyrinthe seraient les premières dans la méningite cérébro-spinale.

Une grande partie du travail a été réservée aux relations de l'otite avec la pneumonie. On se rappelle que Zaufal, en s'appuyant sur l'otite à pneumocoques, a voulu trouver une nature cyclique à toutes les otites. Körner a pu démontrer que cette marche cyclique de l'otite était due à des pneumonies méconnues coexistant avec l'otite. Braun nous rapporte plusieurs observations montrant la coexistence d'otite à pneumocoques avec pneumonie. Il serait contraire à ce que nous faisons en clinique de vouloir séparer ici l'otite de la pneumonie et d'y voir deux maladies différentes. Il est plutôt conforme à nos vues modernes de voir dans ces cas une pyémie à pneumocoques avec double localisation dans l'oreille et dans le poumon.

LAUTMANN.

Sur l'emploi de l'onguent rouge écarlate (Scharlach Roth) dans les otopathies, par STEIN (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 2, 1910).

On parle beaucoup en ce moment (pendant combien de temps encore!) d'une nouvelle pommade douée d'un pouvoir cicatrisant éminent. Comme cette pommade est encore peu connue en France, il sera permis de dire deux mots sur son historique.

Le premier, Bernard Fischer (de Bonn), en 1906, a publié un travail, dans lequel il a montré qu'une solution huileuse d'un corps colorant appelé, faute d'autre nom, rouge écarlate, était capable de provoquer en injections sous-cutanées un bourgeonnement de l'épithélium. Partant de ces expériences, Schmieden, assistant de Bier à Bonn, a eu l'idée d'incorporer le rouge écarlate à une pommade et d'appliquer cette pommade sur des plaies dont il voulait stimuler la cicatrisation. Les résultats obtenus par Schmieden ont été très encourageants, de même les résultats obtenus après lui par Kähler, par Clémentine Krajca, qui la première attire l'attention des otologistes sur cette préparation. Depuis les résultats obtenus avec le rouge écarlate ont été l'objet d'une discussion à la Société berlinoise d'otologie, résumée dans les *Annales*.

Stein, enthousiasmé d'abord des résultats obtenus avec la pommade au rouge écarlate, considère cette pommade comme une acquisition précieuse, à condition que son emploi soit bien indiqué. Les résultats obtenus dépendent aussi du produit employé. Pour le moment, il existe deux produits qui portent le nom de *Scharlach Roth*. La pommade doit être préparée de la façon suivante : on dissout le *Scharlach Roth* dans du chloroforme; après évaporation du chloroforme, on le triture avec vaseline et lanoline pour obtenir une pommade contenant 8 p. 100 de *Scharlach Roth*. Cette pommade n'a aucun pouvoir antiseptique; par contre, elle a un pouvoir kératoplastique de premier ordre. En conséquence, il ne faut pas l'employer dans les plaies récentes, car, sous son action, la sécrétion de ces plaies devient très abondante et prend même une odeur fétide. Il faut attendre au moins quatre semaines après l'opération pour appliquer la pommade. On étale la pommade sur de la gaze qu'on renouvelle toutes les vingt-quatre heures ou qu'on supprime pour vingt-quatre heures, si la réaction est trop forte. Employée avec ces précautions, on peut voir l'épidermisation prendre une allure rapide. Bien entendu, si exceptionnellement toute tendance à l'épidermisation manque, la pommade au rouge écarlate peut être employée plus tôt.

LAUTMANN.

De l'influence des otites moyennes sur l'odorat, par
V. URBANTSCHITSCH (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 3, 1910).

On trouve tout dans les travaux d'Urbantschitsch, il faut seulement chercher. Dernièrement quelques travaux ont parlé de l'anosmie comme symptôme de l'abcès otogène du lobe temporal. Urbantschitsch a également eu occasion de voir un abcès du lobe temporal gauche consécutif à une otite supurée. Il existait le symptôme anosmie compliqué de celui de l'aphasie. Après guérison de l'abcès, l'aphasie a disparu, mais l'anosmie a persisté. Urbantschitsch s'est demandé si réellement l'anosmie était sous la dépendance de l'abcès ou de l'otopathie. Se rappelant les expériences instituées par lui en 1876 sur les anomalies du goût, des sensations tactiles, de la sécrétion salivaire à la suite de l'affection de la caisse et des expériences publiées en 1883 prouvant des relations entre les différents sens et le trijumeau, Urbantschitsch s'est demandé si cette anosmie n'était pas sous la dépendance de l'otopathie plutôt que de l'abcès. Des expériences instituées par Urbantschitsch sur trois personnes atteintes de différents troubles de l'oreille moyenne, il résulte que 46 fois l'odorat était diminué plus ou moins, 3 fois il y avait

une diminution partielle de l'odorat et 6 fois l'odorat était au contraire augmenté. Les mêmes résultats ont été déjà constatés pour le sens gustatif. En conséquence, il faut être prudent dans l'évaluation du symptôme de l'anosmie pour le diagnostic d'un abcès du cerveau. Par contre, si une anosmie constatée disparaît après la guérison de l'abcès du cerveau, il est évident que le trouble a été d'origine cérébrale et non pas otitique. Il peut aussi être purulent dans l'évaluation de l'hyposmie, car si, de l'autre côté, il existe une hyperosmie, ainsi que les expériences d'Urbantschitsch en prouvent la possibilité, le malade paraîtra atteint d'hyposmie, tandis qu'il existe de l'hyperosmie du côté opposé.

LAUTMANN.

Sur le traitement de l'otite moyenne par le courant faradique,
par ZITOWITSCH (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 3, 1910).

On peut guérir les cas d'otite moyenne aiguë, même quand le tympan bombe, que l'audition est fortement diminuée et que les douleurs sont très accusées par l'emploi du courant faradique. Les malades soumis par Zitowitsch à ce traitement s'en seraient très bien trouvés; pas tous, car l'auteur admet lui-même que plusieurs malades ont abandonné le traitement en cours. La technique paraît bien simple. Une électrode est appliquée sur l'apophyse mastoïde; l'autre en cuivre est introduite comme une sonde d'Itard dans la trompe d'Eustache. Il est évident qu'aucun cas guéri par ce procédé ne peut revendiquer le caractère de grave. Aucun des 20 cas rapportés n'a été accompagné de fièvre. Jamais il n'y a eu perforation du tympan au cours de l'otopathie.

LAUTMANN.

Contribution à l'endoscopie de l'ostium pharyngé de la trompe,
par MAYR (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Bd. LXXX, nos 3 et 4).

Les deux observations suivantes montrent que la salpingoscopie peut être d'un intérêt pratique. Un jeune homme de 17 ans se plaignait d'obstruction nasale, de sensation de pression dans la tête et dans les deux oreilles. Il a été soumis au traitement par le cathétérisme des trompes. Mais, tandis que le cathétérisme se faisait très facilement à gauche, il était impossible à l'oreille droite. L'examen post-rhinoscopique ne permettait pas de reconnaître la cause de ces échecs répétés. L'endoscope, spécialement construit par l'auteur, permettait de reconnaître une membrane semi-lunaire tendue entre les deux bourrelets de l'ostium pharyngé de la trompe.

Cette membrane obstruait les deux tiers inférieurs de la trompe et ne laissait libre qu'un petit pertuis en haut. Grâce à l'endoscope, cette membrane a pu être fendue. Huit jours plus tard, le cathétérisme réussissait facilement. Dans la deuxième observation, il s'agit d'un homme de 28 ans, se plaignant de surdité, bourdonnements, qui prétend avoir remarqué plusieurs fois du sang dans ses crachats. A la première application de la sonde d'Hard, une hémorragie assez prononcée du cavum se produisit. La cause de cette hémorragie n'a pu être découverte que deux jours plus tard. Grâce au salpingoscope, Mayr a reconnu une petite tumeur haute de 3 à 4 millimètres, sise dans l'ostium de la trompe droite, qui, au moindre attouchement, commençait à saigner. Traitement par une cautérisation faite sous le contrôle du salpingoscope. Il est à remarquer que sans l'endoscope aucun moyen, ni la rhinoscopie antérieure, ni la rhinoscopie postérieure avec ou sans releveur de la luette, ne permet le diagnostic.

LAUTMANN.

Les suppurations de la trompe, par E. URBANTSCHITSCH (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 7, 1909).

Il existe une forme de l'otorrhée chronique dont aucun livre ne parle, que nous avons tous occasion de rencontrer dans notre pratique, et que nous soignons mal parce que nous la connaissons mal. Ces suppurations « chroniques » peuvent guérir en trois jours. C'est cette forme de l'otorrhée à laquelle Urbantschitsch donne le nom de suppuration de la trompe. Elle est caractérisée par une grande perforation dans le quadrant antéro-inférieur du tympan, quelquefois par une obstruction totale de la membrane. La muqueuse de la caisse est plus ou moins rouge et contient une sécrétion purulente, rarement muco-purulente et jamais fétide; mais le caractère pour ainsi dire pathognomonique est la perméabilité spontanée de la trompe pour les liquides. Laisse-t-on tomber à ces malades un liquide quelconque dans l'oreille, ce liquide s'écoulera totalement ou partiellement par la trompe dans le pharynx; le plus facilement on fera cette expérience avec l'alcool. La seule indication du malade, qu'après l'instillation de l'alcool dans l'oreille il ressent une brûlure dans la gorge ou le nez, permettra d'affirmer que l'otorrhée est en grande partie due à la suppuration de la trompe ou que celle-ci joue un rôle important. Parfois ce symptôme de la perméabilité ne se montre pas tout de suite, parce que la trompe peut être obstruée par du mucus. Il suffit alors de chasser ce bouchon par une douche d'air dans le conduit. Cette perméabilité de

la trompe est évidemment due à une largeur plus grande de la trompe que normalement ; mais il est certain que l'altération de la muqueuse de la trompe, la perte de sa tonicité constituent un autre facteur important. Inutile de remarquer que l'écoulement constant du pus dans le rhino-pharynx peut avoir, avec le temps, une influence fâcheuse sur le rhino-pharynx comme, d'un autre côté, les affections du rhino-pharynx peuvent également retentir sur ces suppurations, et pourtant Urbantschitsch a pu se convaincre que, sous ce rapport, les affections du rhino-pharynx n'ont pas cette importance qu'on leur attribue généralement.

Le pronostic de ces otorrhées a été, nous l'avons déjà dit, généralement très mauvais. Ces suppurations continuaient pendant des mois et des années. D'après la méthode d'Urbantschitsch, la durée normale du traitement pour des cas non compliqués sera de trois jours. Cette méthode comprend : *a.* le lavage de la trompe ; *b.* le massage de la trompe.

Le lavage de la trompe, partout décrit et nulle part exécuté, est particulièrement facile à faire dans les cas de la suppuration de la trompe. L'eau de lavage sort parfois en jet par le conduit externe.

Pour le massage, Urbantschitsch a fait construire (chez H. Reiner, Vienne) des bougies cannelées en celluloid. Ces bougies sont trempées dans différents liquides modificateurs et gardent, grâce aux cannelures, facilement les liquides. Avec ces bougies, Urbantschitsch exécute pendant une demi-minute un massage par frictions sur la muqueuse de la trompe.

Après le massage, la caisse est nettoyée à sec ; on insuffle ensuite de l'acide borique, et on introduit des petites mèches de gaze pour tamponner autant que possible la caisse et le conduit. Si, à la prochaine visite, on trouve ces tampons secs, on ne fait plus de lavages, mais seulement un massage. On insuffle de l'acide borique et on introduit une mèche de gaze légèrement dans le conduit sans tamponner la caisse. Nouvel examen deux jours après. Si l'oreille est sèche, et c'est généralement le cas, le traitement est terminé. Rarement un nouveau lavage est nécessaire, mais il peut se faire exceptionnellement qu'on soit obligé de faire trois et quatre séances de lavage. Les meilleurs cas sont ceux où le quadrant antéro-inférieur manque en partie ou en totalité. Moins favorables sont les cas avec perforation centrale, pas trop grande, parce que, dans la niche entre la membrane du tympan et le plancher de la caisse, la muqueuse peut être très altérée. Il est permis, dans ces cas, de faire l'excision du quadrant de la membrane du tympan.

Généralement ce traitement amène une guérison de la muqueuse

de la trompe; cette guérison est annoncée par la disparition de la perméabilité. Cette guérison demande un certain temps pour s'établir définitivement, d'où la possibilité et la récurrence de l'atrophie, au moins au début. Plus tard, la réinfection devient exceptionnelle, et les malades restent définitivement guéris. Urbantschitsch a ajouté à son travail une douzaine d'observations prises au hasard.

LAUTMANN.

Étude cytologique de la sécrétion dans les otites moyennes chroniques, par H. WHITE et O. KLOTZ (*Laryngoscope*, n° 5, 1910).

Comme les auteurs sont arrivés à un résultat négatif, c'est-à-dire à pouvoir nous affirmer que, à part le cholestéatome, ce que nous savions déjà, l'examen microscopique de la sécrétion auriculaire ne permet ni le diagnostic de la gravité de l'affection, ni de fixer si oui ou non un traitement conservateur pourra amener la guérison, nous pourrions arrêter ici l'analyse; mais il nous faut ajouter que, si l'examen cytologique ne donne pas d'indications pour nos procédés thérapeutiques, l'examen bactériologique gagnera très probablement de valeur, sans parler de la reconnaissance du bacille de Koch et des autres microorganismes quasi spécifiques (diphtériques, syphilitiques). L'infection mucosique (due aux différents *Strepto* et *Pneumococcus mucosus*) tend à gagner un intérêt spécial. Les auteurs n'ayant pas eu ces recherches en vue n'en ont évidemment pas fait mention.

LAUTMANN.

Valeur comparée des méthodes des différentes opérations sur la mastoïde, par I. C. BECK (*Laryngoscope*, n° 5, 1910).

L'auteur aurait dû examiner ce que vaut l'antrotomie simple, l'antrotomie avec ouverture de la caisse et la radicale. Il ne s'est pas tenu à ce but, mais donne des renseignements sur sa technique spéciale, qui, en partie, nous paraissent assez intéressants. Ainsi il fait la désinfection du champ opératoire d'après le procédé de Grossich (teinture d'iode). Pour l'éclairage, il renonce au miroir de Kirstein, à la lampe de Clar et préfère le frontal ordinaire et une forte lampe sur un bras mobile placée sur un coin de table d'opération (ainsi que Jenner a l'habitude de le faire). Pour l'anesthésie, il se sert autant que possible de l'anesthésie locale avec de la novocaïne, le seul cas de mort qu'il ait observé ayant été causé par le chloroforme. Pour que l'opération à la novocaïne reste indolore, il faut opérer avec le moteur électrique, ciseau et gouge

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXVI, n° 12, 1910. 40

étant insupportables sous anesthésie locale. Plus de 300 radiogrammes lui ont montré la grande valeur de l'examen aux rayons X avant l'opération pour se rendre compte des conditions anatomiques qu'on rencontrera pendant l'opération. Dans chaque cas de mastoïdite aiguë, il faut enlever jusqu'à la dernière cellule; la simple ablation de la corticale avec ouverture de l'antre est de la mauvaise chirurgie. Comme pince hémostatique, il recommande tout particulièrement « l'angiotribe de Bleent ». Pour le pansement après l'opération, on a le choix entre différents produits : tube en caoutchouc, coagulum sanguin, pâte de bismuth. Pour le drainage, il indique un procédé particulier. Toute l'incision est fermée et, à côté d'elle, par une petite ouverture, un drain est introduit. Enfin, quant au bandage, Beck est d'avis que l'assistant le fait généralement très mal. Rouler les bandes autour de la nuque et au-dessous du menton est aussi inutile que désagréable. Il suffit de faire le bandage sur le front et au-dessous de l'occiput pour qu'il tienne suffisamment bien.

LAUTMANN.

Sur la valeur de la syphilis pour la pathologie de l'otosclérose,
par BECK (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 5, 1910).

Quand la syphilis disparaîtra-t-elle des livres d'otologie comme facteur étiologique de l'otosclérose ? Déjà Heymann, peu de temps avant la découverte de la réaction de Wassermann, en s'appuyant simplement sur ses observations cliniques, n'avait trouvé que 2,7 p. 100 des cas de tous les otoscléreux chez lesquels la syphilis a pu être invoquée comme cause. Depuis l'introduction de la séro-réaction, la recherche de la syphilis étant devenue relativement facile, les recherches de la relation entre l'otosclérose et la syphilis ont été reprises de différents côtés. Beck, ayant examiné 42 cas, a trouvé la réaction nettement positive deux fois et trois faiblement positive. Vu la fréquence de la syphilis, la coexistence d'une réaction positive chez 2 malades sur 42 cas examinés ne surprendra pas. Pour accepter une relation de cause à effet entre syphilis et otosclérose, il aurait fallu trouver un pourcentage bien plus grand. Ce pourcentage a été trouvé par Busch (*Passow und Schafers Beiträge zur Anatomie*, etc., 1909, Bd. III, Heft 4 et 2), qui, dans 23,5 p. 100 des cas, donc sur presque un quart des scléreux, a trouvé un Wassermann positif. Il reste à savoir si, chez ces malades, otosclérose et syphilis n'étaient pas indépendantes l'une et l'autre et si réellement la syphilis a précédé les premières manifestations de l'otosclérose. Pour élucider cette question, vu la difficulté du diagnostic des premières manifestations de l'oto-

scélérose, il ne reste qu'un moyen, c'est de faire indistinctement la réaction de Wassermann chez tous les malades fréquentant la même clinique otologique et de rechercher si, parmi les scéléreux, le nombre du Wassermann positif est essentiellement plus grand que chez les autres clients de la clinique. LAUTMANN.

La surdité héréditaire par dégénérescence; la surdité labyrinthaire progressive et l'otosclérose, par HAMMERSCHLAG (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, né 7, 1910).

Il faut le dire, ces trois maladies nous ont causé tant d'ennuis pour le diagnostic que, un peu découragé, on commence à se demander si vraiment elles constituent trois entités différentes ou si nous ne pouvions pas les distinguer simplement parce qu'elles ne sont pas à distinguer. Cliniquement beaucoup de raisons plaident pour cette dernière opinion, et il est certain que nous trouvons la sc l rose généralement associée à l'atrophie de l'acoustique. Rien ne nous autorise à voir dans cette atrophie de l'acoustique un processus secondaire. Quant à la surdité héréditaire par dégénérescence, Hammerschlag, dans un travail antérieur, a déjà prouvé que le processus anatomique caractérisant l'otosclérose se voit dans la surdité congénitale et qu'il y a des familles où les deux maladies se trouvent l'une à côté de l'autre. Tout dernièrement, Kalenda a publié l'observation d'un cas où l'oreille droite montrait nettement l'existence d'une otosclérose combinée avec dégénérescence de l'acoustique, tandis que l'oreille gauche présentait uniquement les symptômes d'une surdité nerveuse. Tout en admettant que la dernière cause de la maladie nous est inconnue, nous pouvons admettre que la surdité labyrinthique progressive est une dégénérescence de l'acoustique qui peut faire sa première manifestation aussi bien chez le vieillard que chez l'adolescent. Chez ce dernier, elle sera considérée comme otosclérose, pour peu que s'y ajoutent des troubles du côté de l'appareil transmetteur. LAUTMANN.

Urémie simulant une complication cérébrale d'origine otitique, par LEVINGER (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LIX, né 4).

Une petite fille de 4 ans et demi était à la fin d'une rougeole, quand appar t une suppuration auriculaire à droite. Comme, à la suite d'une paracentèse, la fièvre ne disparaît pas et que la mastoïde est devenue œdémateuse et douloureuse, Levinger l'ouvre après une semaine d'expectation. L' tat de la petite malade ne s'arrange pas, la température atteint 38 , le pouls reste fréquent, plus de 13 . On

explore le sinus, qui ne paraît pas malade. On fait une ponction lombaire, qui montre un liquide clair, absolument stérile, ne contenant pas de lymphocytes. On suppose une labyrinthite avec méningite séreuse, mais on ne peut poser aucun diagnostic ferme. L'enfant meurt, et l'autopsie montre l'absence de toute complication endocranienne auriculaire. On pose à l'autopsie le diagnostic d'urémie.

Levinger regrette de ne pas avoir examiné les urines. Mais, en supposant qu'on ait trouvé l'albumine, il est encore très discutable de savoir si on aurait pu exclure toute idée de complication endocranienne et faire le diagnostic d'urémie, d'autant qu'il s'agissait d'un enfant de 4 ans et demi et de rougeole, maladie touchant relativement rarement le rein. Peut-être qu'en tenant compte du résultat négatif de la ponction lombaire on aurait pu éviter l'erreur de diagnostic. Une erreur contraire est arrivée. Schwartze, dans un cas, a diagnostiqué l'urémie, tandis que le vrai diagnostic était méningite suppurée d'origine auriculaire. LAUTMANN.

Ligature de la jugulaire interne pour thrombose du sinus latéral, par A. ABRAJANEV (*Archives chir. russes*, fasc. IV, 1909).

Relation de deux cas : 1^o Fillette de 13 ans atteinte d'une otite moyenne suppurée chronique, qui depuis quelques jours s'est compliquée de céphalées, vomissements, fièvre et d'une tuméfaction douloureuse de la mastoïde et du cou. Diagnostic : mastoïdite avec thrombose du sinus. Trépanation de l'apophyse et mise à nu du sinus. Celui-ci était affaissé et ne contenait pas de sang. Extraction d'un thrombus. Ligature de la jugulaire au cou. Guérison après formation et ouverture d'un foyer purulent.

2^o Otite moyenne suppurée chronique chez un homme de 27 ans. Réchauffement depuis quelques jours (mêmes phénomènes que dans le premier cas) compliqué d'ictère. Opération d'après le même procédé. Guérison. L'auteur se déclare partisan d'une intervention aussi précoce que possible. TRIVAS.

De la pyohémie et de la septico-pyohémie otogènes et de leur traitement, par J. CHMOURLO (de Samara) (*Eyemiesiatchnic ouch-nich bolezney*, mai 1909).

La pyohémie et la septico-pyohémie d'origine otique appartiennent aux plus graves complications des suppurations aiguës et chroniques des oreilles. Ces complications ne sont heureusement pas très fréquentes. Ainsi Hessler, dans sa monographie : *Die oto-*

gene *Pyæmie*, n'a pu réunir que 398 cas relatés dans la science jusqu'en 1896. Heine, dans son travail *Operationen am Ohr*, signale 118 cas de pyohémie otogène observés à la Clinique de Lucæ, à Berlin, depuis 1881 jusqu'à 1903. En ce qui concerne la terminaison de la pyohémie otogène, les statistiques fournissent les indications suivantes : Pitt, sur 9000 autopsies, a trouvé 44 cas de thrombophlébite sinusienne et la pyohémie otogène 4 fois. D'après Chauvel, sur 1 137 cas d'otite moyenne suppurée, il y eut seulement 5 cas de pyohémie et 2 cas de phlébite des sinus, qui s'étaient terminés par la mort. La statistique personnelle de l'auteur, qui comprend 3000 cas d'otite suppurée chronique et aiguë traités par lui dans l'espace de huit ans, ne fournit que 10 cas de pyohémie, dont la moitié aboutit à une terminaison fatale.

La pathogénie de la pyohémie otogène a été diversement interprétée. Mais, à l'heure actuelle, les idées qui prédominent sur cette question en otologie sont celles de Leutert, affirmant que toute pyohémie d'origine otique reconnaît toujours pour cause une thrombose des sinus craniens et qu'il ne peut y avoir de pyohémie otogène sans thrombose de ces derniers en général et du sinus transverse ou du bulbe de la jugulaire en particulier ; dans les cas où le sinus n'est pas complètement oblitéré, on trouve tout au moins un thrombus pariétal dont les particules, sous l'influence des secousses du vaisseau, se détachent, sont transportées par le courant circulatoire et forment des métastases dans les organes éloignés : poumons, articulations, tissu cellulaire, muscles, périoste, etc.

Malgré son attrayante simplicité et quoique acceptée par des autorités telles que Kœrner, Blau et d'autres, la théorie de Leutert est loin d'expliquer tous les cas de pyohémie et de septico-pyohémie otitiques. En effet, depuis la publication du travail de Leutert, de nouveaux cas de pyohémie ont été relatés où les sinus avaient été trouvés absolument sains soit à l'autopsie, soit au cours de l'opération. Ainsi, en 1901, Eulenstein a publié 8 cas de pyohémie avec issue fatale, la mort étant survenue dans l'espace de quelques jours ; dans 2 cas seulement on a trouvé dans le sinus transverse un commencement de formation d'un thrombus. Brieger a décrit 2 cas de pyohémie où, malgré les métastases dans les poumons et les articulations du genou, l'autopsie a montré l'absence complète de toute altération dans les sinus. Luc, dans ses *Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne*, relate 2 cas personnels de pyohémie consécutifs à une otite moyenne suppurée aiguë et qui s'étaient terminés par la guérison sans opération ; dans les 2 cas, il y avait absence de tout phénomène non seulement

du côté du sinus, mais encore du côté de l'apophyse mastoïde. Le même auteur cite encore les 2 cas de Stanculeanu et Baup, de la clinique de Lermoyez, où ni l'intervention sur le sinus transverse et la veine jugulaire, ni l'autopsie n'avaient révélé aucune trace d'oblitération du sinus et du bulbe de la jugulaire. Des cas analogues ont été décrits par Stracza Jacobson, Lucæ, Schultze et Schmiegelow. Sur les 40 cas de pyohémie otogène rapportés par l'auteur, dans 3 il y avait une thrombose du sinus latéral, dans 1 une oblitération du sinus caverneux ; dans les 6 autres cas, la mise à nu du sinus, son examen attentif, la ponction, ainsi que des hémorragies répétées indiquaient manifestement l'absence complète de thrombus. Tous ces faits nous autorisent donc à admettre l'existence d'une pyohémie otogène sans thrombose du sinus latéral, non pas à titre d'exception, mais comme un phénomène relativement fréquent.

Cette manière de voir s'accorde d'ailleurs parfaitement avec nos idées actuelles. La théorie de Virchow, sur laquelle s'appuient Leutert et Körner et qui distingue la pyohémie avec thrombose veineuse et abcès métastatiques, et la septicémie due à la résorption de matières putrides et provoquant une infection générale sans métastases ne saurait plus être considérée comme entièrement satisfaisante. A l'heure actuelle, le point capital dans l'étude des pyohémies et des septico-pyohémies est non pas la question de la formation du thrombus, qui, malgré toute son importance, doit être reléguée au second plan, mais le mode de pénétration des microbes pathogènes et de leurs toxines dans le torrent circulatoire, d'autant plus, ainsi que le montrent les récents progrès de la bactériologie et de l'hématologie, que les abcès métastatiques, en dehors de leur mode de production par voie d'embolie, peuvent apparaître à la suite de la formation sur place d'un thrombus dans un point quelconque de l'organisme avec participation des bactéries qui y ont pénétré.

En ce qui concerne la pyohémie otogène, la pénétration des bactéries pyogènes dans le courant sanguin peut s'y opérer par une des deux voies suivantes : 1° par les veines de la cavité tympanique et de l'apophyse mastoïde qui se jettent dans les sinus latéral, pétreux supérieur et inférieur, ainsi que dans les veines auriculaire postérieure, auriculo-temporale et auriculaire profonde qui se jettent dans les jugulaires externe et interne ; 2° par les vaisseaux lymphatiques qui vident leur contenu dans la veine sous-clavière du côté gauche et dans la veine anonyme à droite. Ainsi donc, bien que le sinus latéral reçoive la masse principale de sang de l'apophyse mastoïde et de la cavité tym-

panique, une partie considérable du sang de ces régions arrive dans le cœur droit par l'intermédiaire des veines auriculaires et ensuite des jugulaires. D'autre part, la lymphe de ces régions se déverse presque directement dans le cœur droit. Il s'ensuit que c'est au sinus latéral qu'appartient le rôle principal de recevoir les bactéries et les cocci pyogènes provenant de la cavité tympanique et de l'apophyse mastoïde ; mais ce rôle est loin de lui être exclusif, car une partie de ces microorganismes pénètrent dans les veines auriculaires postérieure et profonde, dans la veine auriculo-temporale et les vaisseaux lymphatiques. C'est pourquoi la thrombose du sinus latéral n'est nullement le mode unique de développement de la pyohémie otogène ; surtout dans les suppurations aiguës, elle n'en est certainement pas la cause la plus fréquente. Dans ces cas, comme les nombreuses observations, la pyohémie avec ou sans abcès métastatiques est bien plus souvent provoquée par la résorption de bactéries pyogènes par les petites veines, voire même par les voies de formation de thrombo-phlébites de ces dernières (théorie de Kørner). La formation de thrombus pariétaux dans le sens où l'entend Leutert et l'infection consécutive de l'organisme doivent être considérées comme un phénomène beaucoup plus rare.

Il existe deux types de pyohémie otogène : le premier, qui s'observe de préférence consécutivement à des suppurations aiguës, sans participations dans l'affection des sinus craniens, et le second, où les phénomènes pyohémiques sont provoqués par des thrombo-phlébites des sinus, le plus souvent du sinus latéral, du bulbe de la jugulaire, ainsi que de cette dernière en totalité.

Cliniquement, l'auteur distingue dans l'évolution de la pyohémie otogène trois formes : une forme légère caractérisée par quelques accès pyohémiques ; la complication n'aboutit pas à la formation d'abcès métastatiques, et l'affection se termine par une guérison rapide ; une forme de gravité moyenne : dans ces cas, qui sont généralement consécutifs à une otite moyenne suppurée aiguë, on observe de fréquents accès pyohémiques s'accompagnant de nombreux abcès métastatiques dans les articulations, sous le périoste et dans le tissu cellulaire. La maladie dure souvent deux, trois mois et davantage, mais dans la plupart des cas se termine par la guérison. Enfin, la troisième forme, la plus grave, se développe ordinairement sur le terrain d'une suppuration chronique.

Au point de vue diagnostique, l'auteur, en se basant sur ses observations personnelles, considère le signe de Moure comme pathognomonique de la thrombose sinusienne, surtout dans les cas de ramollissement du thrombus.

En résumé, la théorie de Leutert, d'après laquelle la seule source de la pyohémie otogène serait une thrombose des sinus craniens et particulièrement du sinus latéral ou du bulbe de la jugulaire, ne soutient pas la critique.

La pyohémie otogène a pour origine la pénétration de bactéries pathogènes dans le système circulatoire par la voie lymphatique ou veineuse.

Dans le traitement de la pyohémie otogène, le premier rôle appartient à une intervention précoce sur la mastoïde. On n'ouvrira le sinus qu'en présence de signes certains de lésions : altérations des parois, affaissement, pulsations. La ligature de la jugulaire ne sera entreprise qu'après un examen attentif de chaque cas particulier.

TRIVAS.

Les abcès du cerveau d'origine otitique, par CHARCHAKE (*Chirurgia*, sept. 1909).

L'auteur relate deux cas d'abcès du cerveau consécutifs à une otite suppurée chronique, dont un s'est terminé par la mort par encéphalite malgré l'ouverture du foyer et l'autre guérit après l'opération. Charchake conclut que l'aphasie amnésique sensorielle est un signe certain d'un abcès du lobe temporal gauche. La méthode opératoire la plus rationnelle est, d'après lui, le procédé interne qui consiste à atteindre le foyer intracranien par la cavité tympanique ouverte et agrandie, car ce procédé permet à la fois de supprimer le foyer primitif, révèle souvent une fistule et donne au pus une large issue.

TRIVAS.

Contribution à la technique de l'opération du golfe de la veine jugulaire, par TIEFENTHAL (*Archivf. Ohrenheilk.*, Bd. LXXX, n° 3 et 4).

L'ouverture chirurgicale du golfe de la veine jugulaire est la dernière conquête de l'oto-chirurgie. Depuis les premiers essais de Jansen, cette opération a été exécutée par différents chirurgiens, mais c'est Grünert auquel revient le mérite d'avoir méthodiquement exposé la technique de cette opération. Cette technique a été depuis modifiée plusieurs fois, et toutes ces modifications avec leurs avantages et inconvénients sont résumées dans le travail de Tiefertal. On trouvera surtout exposé le procédé de Tandler, moins connu des oto-chirurgiens. Le procédé de Tandler a le double but de donner un bon accès au golfe et de ménager le nerf spinal. L'auteur a opéré un cas d'après le procédé de Tandler et a pu se rendre compte de son utilité. L'auteur nous apporte trois autres observations de

cas opérés d'après les procédés de Voss, qui paraît certainement moins commode que les autres procédés. LAUTMANN.

Méningite séreuse et surdité, par DE STELLA (*Archiv. internat. de laryngol., otol.*, juillet 1909).

La méningite séreuse primitive, essentielle ou symptomatique, fréquente dans l'enfance, se traduit cliniquement par le syndrome méningisme et se confirme à la ponction lombaire par l'évacuation d'un liquide clair, abondant, hypertendu, aseptique et avec lymphocytose.

Ces méningites se terminent souvent par la guérison complète; dans quelques cas, elles entraînent des troubles fonctionnels très graves, entre autres la surdité totale et brusque.

La ponction lombaire précoce semble le meilleur moyen préventif et curatif des accidents de la méningite séreuse.

M. GRIVOT.

De la voie lymphatique dans la propagation de l'infection otitique dans l'intérieur du crâne, par J. MOURET (*Archiv. internat. laryngol.*, nov. 1909).

Lorsque, dans un cas de complication intracrânienne d'origine otique, on ne retrouve pas l'indication de la voie par laquelle s'est faite l'infection, on dit que la propagation a dû se faire par la voie lymphatique; or on peut dire que les organes intracrâniens sont dépourvus de voies lymphatiques et qu'entre eux et l'oreille il ne peut y avoir de propagation de l'infection par voies de cet ordre.

Cependant les espaces méningiens et les tissus méningiens sont particulièrement disposés pour faciliter la migration leucocytaire et, grâce à cela, les leucocytes, infectés au niveau des suppurations de l'oreille, peuvent facilement importer dans les organes intracrâniens les agents de suppuration de l'organe de l'audition. A côté de la propagation de l'infection otique par contact et de la propagation par voie veineuse, se place non la propagation par voie lymphatique, mais la propagation par diffusion microbienne, grâce à la propriété, regrettable en la circonstance, qu'ont les leucocytes de traverser les tissus par leurs mouvements amiboïdes.

M. GRIVOT.

De l'influence des otites moyennes sur les sensations olfactives, par P. URBANTSCHITSCH (*Archiv. internat. laryngol.*, sept. 1909).

Des abcès otogènes du lobe temporal avec troubles de l'olfaction ayant été observés, l'auteur a voulu se rendre compte si les affections

d'oreilles étaient capables d'amener des troubles de l'odorat.

En examinant 30 cas d'otite unilatérale, 8 fois il observa une diminution de l'odorat pour cinq espèces d'odeur, et quatre fois pour quatre odeurs; dans 7 cas, la sensation olfactive était plus faible pour certaines variétés d'odeurs ou au contraire plus forte pour d'autres; enfin, dans 4 cas, il y avait du côté malade une exaltation de l'olfaction pour les cinq espèces d'odeur.

Dans quelques cas, à côté de la diminution de la sensation olfactive, il y eut un retard dans son apparition.

M. GRIVOR.

Méningite cérébro-spinale et suppuration de l'oreille, par LEVINGER (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LIX, n° 1).

Ne pas être seulement spécialiste et songer dans un cas compliqué à toutes les étiologies possibles est la conclusion quelque peu banale qu'on pourrait tirer de l'observation, autrement très intéressante, que rapporte Levinger. Appelé en consultation près d'un enfant de 6 ans qui a fait, quatre semaines auparavant, une bronchite avec fièvre et otalgie passagère guérie depuis, il apprend que depuis une semaine existe de nouveau de la fièvre allant jusqu'à 39°, 8 le soir. L'enfant aurait eu une angine vulgaire guérie au moment de la consultation. A l'examen, Levinger trouve une otite d'apparence très bénigne sans accumulation de pus avec sensibilité de l'apophyse mastoïde. Comme l'état ne change pas et que l'enfant se plaint de douleurs aussi dans l'autre oreille, Levinger, rappelé deux jours après, fait une double paracentèse qui ramène une sécrétion mucopurulente. A ce moment-là, objectivement, on ne peut constater aucune lésion autre de l'oreille que l'otite catarrhale. Il n'existe surtout pas ni labyrinthite, ni méningite. Dans la suite, l'état reste à peu près le même, c'est-à-dire haute fièvre irrégulière et mauvaises nuits.

En présence de cet état qui ne correspondait pas à une otite catarrhale, Levinger met à nu les deux sinus et, dans une autre opération, il fait la ligature de la veine jugulaire. L'état ne change pas. Beaucoup de consultants voient l'enfant, et en dernier aussi Jansen, appelé de Berlin, qui tous restent fascinés par une affection de l'oreille. Jansen met à nu le golfe de la veine jugulaire sans trouver un thrombus et fait une ponction lombaire qui, pour la première fois, laisse écouler un peu de liquide louche sous haute pression. Toutes les autres ponctions faites auparavant étaient restées blanches. L'enfant meurt le lendemain, et l'autopsie révèle le secret: il s'est agi d'une méningite cérébro-spinale.

Aurait-on pu faire le diagnostic à temps? Nul doute que pendant une épidémie on y aurait songé. L'examen bactériologique de la sécrétion, gagnée par paracentèse, n'aurait peut-être pas donné l'éveil. Plus sûrs eussent été les résultats donnés par la ponction lombaire. En supposant une bonne technique, le fait que la ponction est restée blanche plusieurs fois aurait dû éveiller les doutes sur un épaissement possible du liquide cérébro-spinal. Le fait est rare, mais il a été signalé. Il est vrai que, dans ces cas, les autres phénomènes de la suppuration cérébro-spinale sont très manifestes. Les anamnestiques, dans notre cas, vus sous l'angle spécial d'un cas exceptionnel, auraient également pu mettre sur la voie. L'état févreux préalable, cette angine ou plutôt cette pharyngite, les douleurs passagères dans l'oreille signalées déjà au cours de la soi-disant bronchite ont été signalés parmi les phénomènes prémonitoires de la méningite épidémique. Enfin, comme nous l'avons dit dès le début, il faut envisager toutes les possibilités, même celles qui n'appartiennent pas à la spécialité stricte. Après de nombreux faux diagnostics, nous avons appris à tenir compte de la méningite tuberculeuse; il faudra songer à l'avenir aussi à la méningite cérébro-spinale.

LAUTMANN.

Contribution à la clinique et à la pathologie de la thrombose otitique du sinus, par G. BONDY (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 9, 1909).

La fièvre est le symptôme le plus sûr de la thrombose du sinus; pourtant il existe dans la littérature plusieurs observations de thromboses sinuses apyrétiques. A ces cas, Bondy ajoute 3 nouveaux cas caractérisés par l'absence complète de la fièvre; l'un de ces cas est remarquable aussi parce que le thrombus s'est montré stérile. Il ne faut pas croire que la découverte involontaire du sinus pendant l'opération de la mastoïdite soit un accident sans conséquence. Déjà Körner a dit que, si la découverte du sinus de propos délibéré est sans danger, la lésion involontaire du sinus peut devenir dangereuse. Trois fois sur les 30 thrombo-phlébites observées par Bondy, la thrombose du sinus devait son origine à un pareil accident opératoire. C'est Zéroni le premier qui a signalé ces thromboses traumatiques du sinus, de l'existence desquelles on ne peut plus douter. Les 3 cas de Bondy ont du reste guéri.

L'assistant de Zuckerkandl, Tandler, avait indiqué un procédé ayant pour but de donner un accès large au sinus et de permettre en même temps le ménagement de l'accessoire. Nous trouvons ce procédé pour la première fois exécuté sur le vivant dans l'observation suivante. Il s'agit d'une femme de 40 ans, atteinte d'otite moyenne

suppurée à gauche, ayant nécessité la trépanation. Peu de pus dans l'antre ; la mastoïde paraît saine. On met à nu le sinus, qui est thrombosé du genou jusqu'au golfe. Ligature de la jugulaire, nettoyage du sinus. Le lendemain de l'opération, un nouveau frisson. Il est impossible de faire la fistulisation de la jugulaire. On se décide le soir à ouvrir le golfe d'après Tandler. On relie l'incision rétro-auriculaire avec l'incision de la jugulaire. Préparation du sterno-cléido jusqu'à l'apophyse mastoïde. Ensuite préparation de l'accessoire et de la veine jugulaire jusqu'au trou jugulaire. On constate que l'accessoire passe au-devant de la veine. Après avoir préparé le facial jusqu'au trou stylo-mastoïde, la pointe de la mastoïde et l'insertion du sterno-cléido sont abrasées. Le muscle est poussé en arrière, tandis que le muscle digastrique est tiré en avant. Ligature de l'artère occipitale. On voit alors le sinus ; la paroi osseuse couvrant le sinus et le golfe est enlevée à la gouge ; le nerf facial constitue la limite qu'on ne doit pas dépasser. On arrive par le bout supérieur de la veine jugulaire, on le retire d'au-dessous de l'accessoire, on l'incise et on transforme ainsi sinus, golfe et jugulaire en un seul canal. Le malade guérit facilement. L'opération de Tandler a été exécutée encore dans un autre cas, tandis que deux autres cas on été opérés d'après la méthode de Grunert et de Voss.

Les 30 cas observés à la clinique Urbantschitsch et rapportés par Bondy ont donné une mortalité de 40 p. 100. 2 fois la mort a été due à la pyémie sans métastase, ce qu'on appelleraient plutôt la septicémie, 4 fois à la pyémie avec abcès métastatique dans les poumons ; 5 fois la thrombose a conduit à la méningite mortelle. Le dernier cas rapporté concerne un homme de 42 ans, dont la mastoïde, au cours d'une otite moyenne aiguë, a dû être trépanée. Au cours de l'opération, légère lésion du sinus. Trois jours après, une nouvelle opération devient nécessaire à cause de la persistance de la fièvre. On ouvre largement le sinus ; on trouve la paroi sinusale couverte de pus épais. On interrompt l'opération au bout d'un quart d'heure à cause d'une asphyxie grave. Le surlendemain, troisième opération. Ligature de la jugulaire sous anesthésie générale à l'éther. Nettoyage des masses thrombosées. Durée de l'opération, une demi-heure. Brusquement arrêt de la respiration et du pouls. Mort. A l'autopsie, on trouve œdème du cerveau, tumeur de la rate, dégénérescence des viscères, tuberculose chronique des deux poumons avec plusieurs grandes cavernes dans les deux poumons. Pleurésie adhésive. Le malade était resté à la clinique du 17 au 23 juin.

LAUTMANN.

Un cas de sarcome de l'oreille moyenne, par GEBROVSKY (*Gazetta Lekarska*, 22 août 1908).

Un jeune homme de 25 ans vint consulter l'auteur pour une suppuration abondante de l'oreille gauche. A l'examen, on trouva le conduit auditif externe rempli de masses fongueuses qui cachaient à la vue la région tympanique et saignaient facilement. La région mastoïdienne était occupée par une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule; elle était douloureuse à la palpation et s'étendait au cou, jusqu'au cartilage thyroïde. L'ouïe du côté gauche était diminuée; voix chuchotée perçue au contact du pavillon; conductibilité cranio-tympanique conservée. Rinne.

L'ablation des polypes du conduit fit voir que le tympan et les osselets étaient complètement détruits. L'auteur pratiqua alors une incision derrière l'oreille et mit à découvert une tumeur ayant détruit la paroi postéro-supérieure du conduit. L'antre et les cellules mastoïdiennes étaient également envahis par la néoplasie. Récidive rapide et mort sept semaines après l'opération. A l'autopsie, on trouva que la tumeur avait envahi tous les ganglions du cou, le temporal et le sphénoïde et envoyé des métastases dans les poumons et le cœur. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire.

TRIVAS.

Paralysie centrale des sixième et septième paires au cours d'une otorrhée, par JACQUES et LUCIEN (*Bulletin de laryngol.*, juillet 1909).

Chez un enfant de 17 mois présentant un suintement purulent fétide de l'oreille droite avec paralysie des sixième et septième paires, l'évidement ne permit pas de trouver la cause des paralysies.

Six semaines après, l'enfant étant mort d'une généralisation tuberculeuse, on fit la découverte de volumineux tubercules de l'écorce cérébrale. Dans la protubérance existait un gros tubercule, et les sixième et septième paires étaient atrophiées à leur émergence du sillon bulbo-protubérantiel.

M. GRIVOT.

Les inflammations du labyrinthe, par GOERKE (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Bd. LXXX, nos 1-2).

Une étude d'anatomie pathologique et surtout histologique sur les labyrinthes est un objet ingrat pour l'analyse, et une courte mention de son travail risquerait fort de faire tort à l'auteur, si celui-ci n'avait su, au cours de son travail, faire ressortir les points par où son étude théorique s'attache à la pratique.

Il existe une labyrinthite primaire. Nous la connaissons seulement très peu au point de vue clinique. Briegger a cru pouvoir, dans ces formes de labyrinthite primaire, des formes abortives de méningite où, après rétrocession rapide des symptômes méningés, il n'est resté qu'une lésion persistante du nerf auditif. Plus fréquentes doivent être les labyrinthites primaires d'origine traumatique.

Quand la labyrinthite est d'origine méningée, la pathogenèse de cette labyrinthite presque toujours aiguë n'est pas difficile à élucider. Plus difficile est d'expliquer la pathogenèse de la labyrinthite d'origine tympanale. Généralement on croit que c'est l'otite chronique qui provoque la labyrinthite, tandis que la labyrinthite au cours d'une otite aiguë est encore un fait qui frappe l'attention de l'otologiste. Tant qu'il s'agit de tuberculose ou de cholestéatome, la prédominance de l'otite chronique est incontestable, mais, en dehors de ces deux facteurs, l'otite chronique ne devient dangereuse pour la labyrinthite qu'à condition de subir une exacerbation aiguë. Cette exacerbation de l'otite est due à des causes différentes dont Gørke n'étudie qu'une seule : le traumatisme.

La labyrinthite traumatique au cours d'une otite chronique ne suppose pas toujours un grand traumatisme ; une simple extraction de polype peut suffire. Ce traumatisme peut engendrer la méningite par un mécanisme variable. Il peut s'agir d'une lésion directe du labyrinthe, surtout dans le voisinage des fenêtres, soit que la perforation se trouve tout naturellement préparée du fait de la suppuration, soit qu'au contraire l'os sclérosé ait exigé des efforts violents pendant une opération à la gouge. Une autre possibilité est la transformation d'une labyrinthite latente en labyrinthite manifeste sous l'action du traumatisme. Mais on connaît aussi une forme de labyrinthite traumatique où la capsule du labyrinthe n'a pas été lésée, où il n'y a pas eu de fissure ni communication anormale entre labyrinthe et caisse et où la labyrinthite mortelle n'était due qu'à un réveil, du fait du traumatisme, d'une ancienne labyrinthite guérie.

Les chemins par lesquels le processus infectieux atteint le labyrinthe sont évidemment très importants à connaître. En examinant les conditions anatomiques, on voit que, tandis que les espaces périlymphatiques sont en large communication avec l'espace sub-arachnoïdal, une forte barrière osseuse, interrompue à deux endroits seulement, protège le labyrinthe contre l'infection venant de la cuisse. Du fait de la maladie qui leur donne naissance, les

labyrinthites d'origine méningée sont pratiquement moins intéressantes que les labyrinthites d'origine tympanale. Il faut tout de même dorénavant, avec les progrès thérapeutiques des affections méningées, nous préoccuper de l'étude *clinique* de ces labyrinthites. Gørke n'a eu occasion d'examiner que les temporaux provenant des cas de méningite généralement cérébro-spinale et trouve que les deux grandes voies d'infection sont l'aqueduc du limaçon et le nerf acoustique. L'aqueduc du vestibule semble exceptionnellement offrir la voie de propagation.

Bien plus compliqué est le mode d'infection du labyrinthe d'origine tympanale. Quoique chaque partie de la capsule labyrinthaire puisse, à l'occasion, constituer une porte d'entrée pour l'infection du labyrinthe, il est évident et aujourd'hui universellement admis que les deux fenêtres constituent des portes d'entrée de prédilection. Au contraire les perforations du canal horizontal, si souvent citées dans quelques observations comme portes d'entrée de l'infection, le sont beaucoup moins.

On prétend que l'infection partie de la caisse peut, par la voie sanguine, gagner le labyrinthe. Nous n'aurions pas mentionné cette possibilité de labyrinthite si elle ne se présentait pas à l'esprit au moment où nous voulons parler de la *labyrinthite par induction*. Quand, à la suite d'une inflammation de la caisse, nous voyons se développer une labyrinthite sans qu'il y ait aucune lésion dans la capsule labyrinthaire, nous supposons que les toxines passent par un processus d'endosmose dans le labyrinthe et provoquent une labyrinthite par induction. Nous voyons dans ces cas généralement une exsudation séreuse dans le labyrinthe. Parfois cette labyrinthite par induction peut perdre son caractère de labyrinthite séreuse et peut aller jusqu'à l'exsudation fibrineuse avec lésion persistante du labyrinthe.

Rarement une labyrinthite se termine par guérison complète. On ne peut l'espérer que tant que la labyrinthite a provoqué une exsudation séreuse. Plus fréquente est la guérison de la labyrinthite avec lésion permanente. Ceci est dû à une sorte de qualité défensive du labyrinthe consistant en une facilité extraordinaire de produire du tissu fibreux et osseux destiné à arrêter une infection menaçante. Nous n'avons pas rapporté en détail les études de Gørke sur ce point, mais il est probable que c'est surtout l'endoste qui est capable de répondre à chaque irritation avec une néoformation très marquée des tissus. Gørke cite un fait très intéressant. Une jeune fille de 17 ans subit une radicale. Trois semaines après l'opération, phénomènes caractéristiques

de labyrinthite. L'ouverture du labyrinthe est décidée quand, à la suite d'un érysipèle intercurrent, l'opération de la labyrinthite doit être différée. Le malade fait une appendicite grave, pendant laquelle les phénomènes de labyrinthite disparaissent. La mort, survenue six mois après la radicale, du fait d'une péritonite tuberculeuse, a permis de constater que le labyrinthe était entièrement guéri, que le limaçon était partout rempli par du tissu ostéo-fibreux néo-formé. Les phénomènes cliniques observés ne laissent aucun doute qu'il s'était agi d'une labyrinthite suppurée.

Pratiquement il est impossible de dire, même approximativement, combien de fois la labyrinthite suppurée guérit spontanément ; mais il est certain que, même les formes les plus graves de labyrinthite suppurée peuvent guérir spontanément. Quant aux formes légères de la labyrinthite et surtout les formes circonscrites, il est hors de doute que la guérison en est la terminaison normale.

La chirurgie du labyrinthe s'est surtout développée par la crainte qu'on ait de laisser un labyrinthe suppuré près des méninges. Combien de fois la labyrinthite suppurée gagne-t-elle les méninges ? La réponse à cette question est devenue difficile depuis qu'on a reconnu que méningite et labyrinthite peuvent coexister, toutes les deux être d'origine tympanale, sans que la méningite soit produite par la labyrinthite. Ainsi Schwartz a publié les cas suivants : les canaux circulaires postérieur et supérieur sont remplis de granulations venant de la région du *tegmen tympani* ; autre observation : fistule du canal horizontal, abcès du cerveau provoqué par une inflammation du *tegmen tympani* ; mais on pourrait encore citer d'autres cas et surtout citer des cas où la labyrinthite était au contraire occasionnée par la méningite. Néanmoins l'idée d'éliminer un foyer si dangereux pour les méninges est très séduisante, seulement Gørke se demande si on atteint ce but dans tous les cas. Gørke a examiné deux temporaux provenant de cas opérés pour labyrinthite et terminés par la mort. Dans les deux cas, il a trouvé que les cavités labyrinthiques, quoique largement ouvertes, étaient remplies de coagulum et de débris osseux. Malgré un curettage très énergique du labyrinthe, le nettoyage voulu n'a pas été obtenu. Il est donc évident que, à part la labyrinthectomie totale, les autres procédés de drainage du labyrinthe sont insuffisants. Si, de plus, Gørke n'a plus jamais vu dans ces dernières années un cas où il aurait dû se dire que la non-exécution de l'opération sur le labyrinthe a été cause de la méningite, on comprend qu'il défende le conservatisme dans la thérapie du labyrinthe.

LAUTMANN.

Recherches sur les lésions expérimentales de l'appareil auditif,
par MARX (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LIX, n° 4, 2, 3, 4).

Nous avons vu, dans ces derniers temps, tant de travaux que nous pensons pouvoir ne pas analyser en détail ces travaux, malgré les grands efforts qu'ils ont coûtés à leurs auteurs. Les résultats obtenus ne se laissent pas facilement appliquer à l'homme, d'autant moins que leur interprétation n'est pas hors de conteste. Relevons dans les expériences de Marx celles faites avec le radium à cause de leur originalité. Le résultat se laissait deviner *a priori*, c'est-à-dire perte de l'épithélium sensoriel à la suite de l'application intense de radium. Marx a aussi repris les expériences de Wittmaack et Yoshii sur les lésions de l'appareil auditif par le son ou, comme il dit, par l'irritant adéquat. Marx ne voit dans ces lésions que des lésions dues au traumatisme simplement et se refuse à attribuer au son une action destructive quelconque.

En conséquence, il ne voudrait pas tirer de conclusions d'ordre physiologique de ces expériences. Marx a essayé l'action du balancement sur l'appareil vestibulaire. Après avoir fait tourner des souris blanches et des colombes quelquefois pendant six heures dans un appareil qui fait deux tours en une seconde et après avoir poursuivi ses expériences pendant plusieurs mois, il a dû constater que ni sur l'animal vivant, ni à l'examen microscopique, cette irritation adéquate n'a pu provoquer une lésion quelconque.

LAUTMANN.

Contribution à l'histologie normale et pathologique des ganglions de l'acoustique, par ALAGNA (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LIX, n° 4).

On trouvera dans cet article la technique de l'examen histologique du labyrinthe général. Quant à l'histologie normale, l'auteur n'a étudié que le ganglion spiral chez le cobaye et le chat. L'histologie pathologique a été étudiée sur des préparations qui correspondent peu aux lésions qui nous intéressent particulièrement (intoxication aiguë par la nicotine ou par la toxine de la diphtérie).

LAUTMANN.

Contribution à la surdi-mutité par dégénérescence héréditaire,
par HAMMERSCHLAG (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LIX, n° 4).

La surdité héréditaire se trouve associée assez fréquemment à d'autres états pathologiques héréditaires. Hammerschlag rapporte

l'histoire de deux familles dont une s'étendant sur cinq générations et montrant comment surdi-mutité, surdité et aliénation mentale, épilepsie et d'autres psycho-névroses se trouvent associées dans la même famille. Cet article n'est que la nouvelle expression d'une idée que Hammerschlag a déjà défendue dans beaucoup d'autres articles.

LAUTMANN.

Sur la dégénérescence post-opératoire du labyrinthe, par C. M. BROWN (*Archiv f. Ohrenheilk.*, n° 4-2, 1910).

La dégénérescence post-opératoire du labyrinthe est un accident imprévu, et nous osons ajouter inconnu à beaucoup d'opérateurs. C'est Alexander qui le premier fait remarquer que parfois déjà, au cours des pansements après une radicale des mieux conduite, l'audition commence à baisser jusqu'à la surdité complète. A aucun moment on ne peut saisir une réaction labyrinthique quelconque, et surtout il ne s'agit pas d'une suite de la labyrinthite séreuse. Par quel processus se développe l'atrophie de l'organe de Corti (car les quelques autopsies ont montré que la base de cette surdité était l'atrophie de l'organe de Corti)? Nous n'en savons rien, et Brown n'a pas cherché à savoir. Son but a été plutôt de savoir si l'examen fonctionnel ne permettait pas; avant la radicale, de prévoir cette dégénérescence post-opératoire. Il nous semble qu'on ne peut pas faire ce pronostic, malgré que Brown pense pouvoir tirer des conclusions positives. Il croit que le danger d'une diminution de l'audition est relativement faible, si la limite supérieure est conservée, si le diapason *la*³ est entendu normalement. Au contraire, si la perception aérienne avant l'opération laisse à désirer, si l'appareil vestibulaire est malade, il est à craindre que l'audition diminue encore après l'opération.

LAUTMANN.

Méthode pour démasquer la simulation de la surdité unilatérale, par MARX (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd. LIX, n° 4).

Il est intéressant de noter de quelle façon Marx indique son procédé. Après avoir constaté que nous possédons au moins vingt-cinq façons de démasquer la simulation de la surdité, Marx dit : « Les nombreux défauts inhérents aux méthodes actuellement en usage ont attiré mon attention sur un instrument qui nous a rendu de bons services pour démasquer les simulateurs. Cet instrument est l'appareil tapageur indiqué par Barany. Son

emploi dans la recherche de la simulation est très simple. On met l'appareil dans l'oreille saine du malade et on lui demande, l'appareil une fois en marche, s'il l'entend. Il faut naturellement se mettre ou à côté ou derrière le malade, pour qu'il ne puisse pas lire sur les lèvres. »

LAUTMANN.

Sur un cas de pyo-labyrinthite chronique circonscrite, par MALTESE (*Giornale della r. Accad. di medicina di Torino*, janv.-fév. 1910, n° 1 et 2, p. 94).

Ce cas concerne une fillette de 14 ans atteinte de suppuration des deux oreilles depuis le premier âge et qui fut prise, quelques jours avant d'être soumise à l'examen de Maltese, de douleurs dans l'oreille droite, de fièvre et de frissons.

Elle présentait de la douleur à la pression sur la mastoïde et sur la région latérale du cou. Nystagmus horizontal dans l'extrême position latérale gauche ; à l'intervention opératoire, on constata que la cavité centrale était remplie des granulations et de masses cholestéatomateuses et qu'il existait une fistule dans la gouttière du sinus latéral ainsi qu'un abcès extradural.

Deux semaines après l'intervention, élévation de la température et apparition de symptômes méningitiques. Coma et mort huit jours après.

A l'autopsie : leptoméningite purulente de la base, usure de la paroi externe du canal membraneux rempli de tissu de granulations, infiltration purulente des parois de l'utricule et du saccule.

Étant données ces lésions, on peut conclure qu'il s'agissait d'une pyo-labyrinthite chronique limitée primitivement au canal semi-circulaire horizontal, ayant évolué sans symptômes objectifs appréciables et qui, après l'opération, s'est étendue aux cavités voisines et par le nerf acoustique aux méninges. M. BOULAY.

De l'ouverture opératoire du labyrinthe de l'oreille, par VOLATCHEK (*Rousski Vrach*, n° 47, 1910).

Description d'un intéressant cas de pyohémie otitique consécutive à une otite moyenne suppurée chronique et qui s'est compliqué d'une labyrinthite purulente. L'opération a été faite à la clinique du Pr Simanovski en deux temps : on pratiqua d'abord une cure radicale avec ouverture du labyrinthe d'après un procédé qui était une modification de ceux de Neumann et de Bourguet ; deux jours après, ouverture du sinus latéral et ligature de la jugulaire au cou.

TRIVAS.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Dr A. ROSENBERG : Pathologie und Therapie der Rachenkrankheiten (Extr. de *Pathol. und Therap.* de NOTHNAGEL et FRANKL-HOCHWART, Vienne, A. Hölder, édit., 1911).

GERBER : Zur Bekämpfung der Lues und des Lupus (Extr. de *Arch. f. Dermat. und Syphilis*, Bd. C, Heft 1 à 3, Braumüller, édit., Vienne, 1910). — Ueber Lepra (Extr. de *Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 37, 1910). — Ueber die Wirkung des Ehrlich-Hatasehen, mittels 606 auf die Mundspirochäten (Extr. de *Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 46, 1910). — Die Zunahme des Skleroms in Ostpreussen (Extr. de *Munch. med. Wochenschr.*, n° 35, 1910).

ERWIN MEYER : Ueber die Beziehungen der oberen Luftwege zum weiblichen Genitalapparat (Extr. de *Zeitschr. f. Laryngol.*, Kurt Kabitzsch, Würzburg, 1909).

BUYS : Applications cliniques de la nystagmographie (Extr. de *Presse oto-laryngologique belge*, Hayez, édit., Bruxelles, 1910).

FRANCISCO EIRAS : Da Rhinologia Nas Fronteiras das Nevroses (Typ. da Revista dos Tribunaes, Rua General, Camara, 103, Rio-de-Janeiro, 1908). — A Hygiene da Garganta e do Nariz (Typ. do Jornal do Commercio, Rio-de-Janeiro, 1910).

Benzocalyptol (Inhalations et gargarismes). — Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches. (Voir aux Annonces.)

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'Anesthésie ; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

8661-09. — CORREIL, Imprimerie Créta.

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1910

(36^e VOLUME, 2^e PARTIE)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

Les titres des mémoires originaux sont composés en caractères gras.

| | Pages. |
|---|--------|
| Aboulker. — Polypes fibro-muqueux du naso-pharynx..... | 128 |
| — Vingt-deux cas de paralysie des cordes vocales..... | 130 |
| Abrajanév (A.). — Ligature de la jugulaire interne pour thrombose du sinus latéral..... | 588 |
| Abrand et Guisez. — De la physiologie de l'œsophage... | 273 |
| Alagna. — Contribution à l'histologie normale et pathologique des ganglions de l'acoustique..... | 601 |
| Albert (Paul). — Ostéite de la pointe du rocher et abcès latéro-pharyngiens croisés..... | 185 |
| Alexander et Mackenzie. — Examen fonctionnel de l'appareil auditif chez les sourds-muets..... | 382 |
| — Traitement et pronostic de la labyrinthite suppurée..... | 134 |
| — Contribution à la clinique et au traitement de la méningite labyrinthogène..... | 395 |
| — Étude clinique sur la chirurgie de la méningite otogène.. | 395 |
| — L'appareil auditif chez les crétins..... | 400 |
| Alexander (Gustave). — L'intérêt que doivent prendre les maîtres, les parents et le médecin d'école à l'hygiène des oreilles des écoliers..... | 466 |
| Alt. — Abcès du lobe temporal..... | 148 |
| — Pyémie ostéo-phlébitique..... | 153 |
| — Tympan artificiel..... | 161 |
| — Contribution à la pathologie et au traitement des abcès otitiques du cerveau..... | 389 |
| Angebaud et Texier (V.). — Nouvelle commutatrice pour otorhino-laryngologie..... | 113 |
| Arzt (Léopold). — La valeur de la réaction de Wassermann en otologie..... | 142 |
| Aspisssov. — Examen calorique du labyrinthe à l'aide de l'air refroidi..... | 551 |
| Babinski (J.). — Vertige voltaïque et troubles auriculaires.... | 179 |
| Bar (L.). — Sur le diagnostic des abcès cérébraux d'origine otitique..... | 25 |
| ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXVI, n° 12, 1910. | 42 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Bar. — Toxydermie après trépanation mastoïdienne. Cas de septicémie otogène sans thrombo-sinusite..... | 141 |
| Barany (Robert). — Rectification..... | 110 |
| — Un nouveau symptôme vestibulaire dans les affections du cervelet..... | 139 |
| — Sur la conduction cartilagineuse..... | 140 |
| — Nouvelles méthodes d'examen avec le diapason et leur valeur pratique..... | 140 |
| — Sur le nystagmus provoqué par les mouvements rapides de la tête..... | 140 |
| — Guérison spontanée d'une thrombose du sinus et du golfe..... | 150 |
| — Fistule de l'ampoule du canal semi-circulaire vertical..... | 151 |
| — Syphilis du labyrinthe..... | 152 |
| — Affection unilatérale de l'oreille interne simulant une affection de l'appareil transmetteur..... | 152 |
| — Présentation d'un malade ayant une otite moyenne tuberculeuse..... | 151 |
| — Diagnostic différentiel entre les troubles de l'équilibre d'origine cérébelleuse et d'origine hystérique..... | 157 |
| — Sur la conduction cartilagineuse..... | 158 |
| — Fistule du labyrinthe sans symptôme..... | 159 |
| — Ponction lombaire dans un cas mal défini..... | 159 |
| — Méthode pour l'examen fonctionnel de l'oreille..... | 166 |
| — A propos de l'opération pour cholestéatome..... | 165 |
| — (Robert). — Nouvelles méthodes d'examen des relations entre l'appareil vestibulaire, le cervelet, le cerveau et la moelle épinière..... | 197 |
| — Expériences sur l'action du tympan artificiel..... | 535 |
| — Nouvelle méthode pour la recherche de la surdité uni et bilatérale..... | 557 |
| — Tableau de mots servant aux épreuves de l'ouïe..... | 557 |
| — Appareil vestibulaire et cérébelleux..... | 570 |
| Barbera. — Deux grands traumatismes du larynx..... | 489 |
| — Le sourd-muet, sa responsabilité pénale et sa capacité civile..... | 500 |
| Bariatier et Sargnon. — Traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales..... | 122 |
| Barrajas. — La ligature du sinus dans les thrombo-phlébites du sinus..... | 500 |
| Barral (H.). — Pneumatocèle du canal de Sténon et de la parotide..... | 194 |
| Baumgarten. — Sur les formes précoces de l'ozène..... | 126 |
| Beck (J.-C.). — Valeur comparée des méthodes des différentes opérations sur la mastoïde..... | 585 |
| Beck. — Sur la valeur de la syphilis pour la pathologie de l'otosclérose..... | 586 |
| Béco. — Présentations de malades opérés de laryngostomie pour papillomes..... | 56 |
| Benesi. — Paralabyrinthite avec fistule du canal semi-circulaire..... | 156 |
| Beresovski (Bogdanov). — Les enfants aphasiques et mal parlant sous le rapport intellectuel et de la parole..... | 548 |
| Bever. — Mort subite après ponction du cerveau et du canal rachidien dans un cas d'abcès otogène du cerveau..... | 388 |
| Beyer (Hermann). — Étude sur le soi-disant appareil conducteur du son chez les vertébrés et sur la fonction de la fenêtre ronde..... | 382 |
| Biellaev. — Présentation de coupes de crâne sur un cadavre congelé montrant la proximité de l'artère linguale, de la carotide interne et externe avec l'amygdale palatine..... | 550 |
| Birman-Bera. — Quelques considérations sur le relèvement du tympan..... | 14 |
| Blake (C.-J.). — Guérison par première intention de la plaie après résection de la mastoïde..... | 141 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Blanluet. — Parésie bilatérale du moteur oculaire externe au cours d'une oto-mastoidite unilatérale..... | 191 |
| Blaumenau. — L'intubation depuis l'introduction de la sérothérapie..... | 547 |
| Bloch et Hechinger. — Anosmie dans les abcès du lobe temporal..... | 393 |
| Bloch. — Remarques sur la proposition de la commission internationale sur une formule acoustométrique universelle..... | 561 |
| Blondiau. — Jeune femme atteinte de papillomes suffocants du larynx..... | 57 |
| — Parésie traumatique du facial et de l'acoustique..... | 61 |
| Bondy. — Évidement pétro-mastoidien avec conservation du tympan et des osselets..... | 454 |
| — Névrite du nerf facial et du nerf vestibulaire d'origine syphilitique..... | 458 |
| — Thrombose par compression du sinus sigmoïde..... | 167 |
| — (G.) Contribution à la clinique et à la pathologie de la thrombose otitique du sinus..... | 595 |
| Botalla. — Un cas de laryngite phlegmoneuse..... | 485 |
| — Deux cas de périchondrite primitive du larynx..... | 485 |
| — Corps étrangers des bronches et extraction par bronchoscopie..... | 493 |
| — Corps étrangers de l'œsophage..... | 494 |
| — Hernie du tympan simulant un polype..... | 498 |
| — Sur 15 cas de mastoidite de Bezold..... | 500 |
| Botey (Ricardo). — Trois cas de périostite suppurée du temporal d'origine otique..... | 67 |
| — Évidement conservateur dans les otorrhées chroniques..... | 501 |
| Bourlon (Paul). — Nouveau pansement d'évidés..... | 284 |
| Braun. — Gomme du septum..... | 145 |
| — Polynévrite syphilitique..... | 149 |
| — (H.) — L'otite moyenne comme symptômes précoces et phénomènes des infections générales..... | 579 |
| Bresgen. — Asthme des foin, asthme nerveux et hypertrophie de la muqueuse nasale..... | 121 |
| — L'électrolyse de la muqueuse nasale..... | 127 |
| — Le perhydrol (eau oxygénée à 30 p. 100 Merck) dans le traitement de l'otorrhée..... | 142 |
| Broeckaert. — Volumineux kyste dermoïde du plancher de la bouche..... | 53 |
| Brown (C.-M.). — Sur la dégénérescence post-opératoire du labyrinthe..... | 602 |
| Bruhl. — De l'otosclérose..... | 559 |
| Brünings. — Sur la röntgénographie des sinus accessoires du nez et de l'os temporal..... | 364 |
| — Sur quelques instruments et procédés de diagnostic nouveaux..... | 364 |
| — Sur la conduction osseuse comme base d'une épreuve qualitative de l'ouïe..... | 561 |
| — Sur l'épreuve quantitative de l'appareil vestibulaire..... | 562 |
| — Sur de nouveaux points de vue dans le diagnostic des affections de l'appareil vestibulaire..... | 563 |
| Bryant (Sohier). — Sur quelques procédés de technique donnant les meilleurs résultats opératoires fonctionnels et esthétiques dans les interventions sur la mastoïde, pour lésions extradurales..... | 441 |
| — Le limaçon et sa sensibilité généralisée pour les sons..... | 381 |
| Buys. — Applications pratiques du nystagmographe..... | 59 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Caboche. — Relation de la rhinite atrophique et de la tuberculose..... | 183 |
| Candela. — Calculi de la glande sous-maxillaire..... | 482 |
| — Un cas de synéchie naso-pharyngée..... | 483 |
| — Contribution au traitement des mastoïdites chroniques.... | 500 |
| — (Antonio). — Abcès rétro-pharyngé chez un nourrisson de 8 mois..... | 490 |
| Capart (père). — Un cas de sporotrichose pharyngo-laryngée. Préparations microscopiques..... | 54 |
| Castaneda. — Diagnostic et traitement des œdèmes primitifs du pharynx et du larynx..... | 488 |
| — Sur les paralysies faciales d'origine otique..... | 498 |
| Castex et de Parel. — Observations d'aérophagie et de tics du voile palatin..... | 182 |
| Castex. — Hérédo-syphilis tardive du larynx..... | 185 |
| Cesbron (G.). — Contribution à l'étude des angiomes du pavillon de l'oreille..... | 572 |
| Charchake. — Les abcès du cerveau d'origine otique..... | 592 |
| Chauveau (Léopold) et Le Marc'hadour. — Contribution à l'étude des périostites du conduit auditif externe au cours des otites suppurées..... | 1 |
| Cheatle (Arthur). — Type infantile de l'apophyse mastoïde.... | 295 |
| Chmourlo (J.). — De la pyohémie et de la septicopyohémie otogènes et de leur traitement..... | 588 |
| Cisneros. — Résultats du traitement opératoire du cancer du larynx..... | 125 |
| — Résultats du traitement opératoire du cancer laryngé.... | 490 |
| Citelli. — Chordectomie externe et régénérescence des cordes vocales..... | 80 |
| — Hypophyse pharyngée chez les enfants. Rapports avec la tonsille pharyngée et avec l'hypophyse principale..... | 129 |
| — L'hypophyse pharyngée dans la première et la deuxième enfance. Ses rapports avec la muqueuse pharyngée et l'hypophyse centrale..... | 406 |
| Claus. — Diagnostic des tumeurs ponto-cérébelleuses..... | 569 |
| Collet. — Malades opérés de polysinusite de la face..... | 55 |
| Combiér (V.). — La valeur du sulfocyanure de potassium dans la salive des otopathes..... | 473 |
| Compaired. — Faut-il employer l'anesthésie dans l'adénoïdectomie ?..... | 484 |
| — Atrophie ozéneuse et complications oto-cranio-cérébrales.. | 497 |
| Cornet. — Surdités progressives post-traumatiques..... | 483 |
| Courtade. — Revue historique et critique de la pneumodographie clinique..... | 183 |
| — (A.). — Adhèrence vélo-pharyngée post-opératoire..... | 188 |
| Curtil (M.). — Abcès primitif aryénoïdien..... | 353 |
| Curtis (Holbrock). — Les cultures de bacille lactique dans le traitement des affections du nez, de la gorge et de l'oreille.... | 86 |
| Davis. — Vertige laryngé..... | 285 |
| — (H.-J.). — Corps étranger de l'œsophage..... | 285 |
| — Excision totale de la langue..... | 292 |
| — Paralysie du facial consécutive à une otite moyenne aiguë. | 299 |
| Delacour (J.). — Otite moyenne aiguë au cours de la furonculose du conduit..... | 184 |
| Delavan (Bryson). — Traitement des sténoses cicatricielles du larynx par les méthodes d'O'Dwyer et Rogers..... | 120 |
| Delsaux. — Cinq cas de sténose laryngo-trachéale traités de façon différente..... | 57 |
| — Lymphadénome des deux parotides..... | 62 |

| | Pages. |
|--|--------|
| Delsaux. — Tumeur du médiastin avec compression du récurrent. | 63 |
| Denker. — Opération radicale de la sinusite maxillaire sous anesthésie locale..... | 360 |
| — La fonction du limaçon, du vestibule et des canaux semi-circulaires..... | 555 |
| Dennert. — Physiologie de l'audition..... | 554 |
| Dimitriadès. — Sur l'inhalation et les différentes méthodes en usage dans l'antiquité pour guérir les différentes maladies des voies respiratoires..... | 433 |
| Dintenfass. — Transillumination de l'apophyse mastoïde par le conduit..... | 163 |
| Dresch (Jacques). — Cavité nasale, berceau du lupus..... | 325 |
| Eicken (Von). — Le résultat de l'examen direct des voies respiratoires..... | 424 |
| — Traitement des synéchies nasales..... | 361 |
| Encina (Jimenez). — Prophylaxie de la tuberculose laryngée ; traitement par la tuberculine..... | 487 |
| Ephraïm. — Sur la valeur de la bronchoscopie en pathologie interne..... | 83 |
| Faraci (G.). — Sur la nature tuberculeuse de quelques lésions nasales..... | 128 |
| Fein. — Résection fenêtrée simple du septum..... | 132 |
| Fernandès. — Calcul du canal de Sténon..... | 54 |
| — Quelques cas de lupus nasal..... | 55 |
| Finder. — Le pharyngoscope de Hays..... | 368 |
| — Paralyse du récurrent gauche avec anévrysme et tabes... .. | 372 |
| Fleicher. — Essai d'application d'un sérum bactéricide dans la diphtérie pharyngée..... | 548 |
| Fleischmann. — Contribution au traitement de la thrombose otogène du sinus..... | 137 |
| Fletcher Ingals. — Drainage intranasal du sinus frontal..... | 127 |
| Fliess. — Ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur chez un nourrisson de quatre semaines..... | 372 |
| Foy (Robert). — Ozène et rééducation respiratoire..... | 182 |
| — Ozène et rééducation respiratoire nasale. Nouvel essai thérapeutique..... | 531 |
| Frænkel (B.). — Régénérescence des cordes vocales extirpées.. | 80 |
| Freudenthal. — Les complications intracrâniennes d'origine nasale..... | 127 |
| Frey. — Tuberculome du lobule de l'oreille chez une femme de 22 ans. | 148 |
| — Tumeur de l'acoustique ou du cercelet..... | 152 |
| — Mécanisme de la chaîne des osselets..... | 557 |
| Gagnier (Louis). — De l'ostéofibrome du maxillaire supérieur..... | 524 |
| Galdiz. — Cinq cas de paralysie faciale suivis d'intervention.... | 499 |
| Galebski. — Le symptôme fistuleux du labyrinthe et sa valeur clinique..... | 550 |
| — Un cas d'angine gangreneuse..... | 551 |
| Gallegos. — Sangsues dans les voies aériennes..... | 484 |
| — Modification importante dans le miroir de Clar..... | 502 |
| Garel (J.). — Paralysie récurrentielle et rétrécissement mitral..... | |
| Gault (Fr.) et Jacques (P.). — Ostéites et périostites isolées du temporal..... | 205 |
| Gavrilov. — Les relations entre l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée et le développement de l'organisme chez les écoliers..... | 472 |
| — De l'influence de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée sur les affections de l'oreille..... | 472 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Gebrovsky. — Un cas de sarcome de l'oreille moyenne..... | 597 |
| Gendreau et Zimmern. — Vertige auriculaire et vertige voltaïque..... | 186 |
| Gereda. — L'hémorragie dans l'amygdalectomie..... | 482 |
| Ghon et Neumann. — De la méningite otogène..... | 137 |
| Gibert (Paul) et Halphen (Emile). — Coup de feu de l'oreille droite, surdité labyrinthique totale et définitive. Troubles transitoires de l'appareil vestibulaire. Opération. Persistance des troubles fonctionnels..... | 347 |
| Gignoux (A.). — Un cas de paralysie laryngée associée d'origine traumatique..... | 505 |
| Glas. — Sinusite frontale traumatique..... | 147 |
| Görke. — Les inflammations du labyrinthe..... | 597 |
| Gomperz. — Présentation d'un cas d'empalement..... | 148 |
| — Opération radicale du cancer du conduit auditif..... | 59 |
| Gradenigo. — Du nystagmus vestibulaire..... | 60 |
| — Sur un cas d'absence congénitale de deux pavillons de l'oreille..... | 576 |
| — et Stéfani. — Sur l'acoumétrie..... | 136 |
| Grœffner. — Contractions intermittentes du voile, du larynx, avec tremblements de la langue et du maxillaire inférieur..... | 370 |
| Grant (Dundas). — Tuberculose du larynx guérie par la galvanocautie..... | 287 |
| Grossmann. — Expériences sur l'asthme nasal..... | 124 |
| Grünberg. — Contribution à l'étude des labyrinthites..... | 75 |
| Grünwald. — Abscès du cou, fissures de Santorini et de Glaser..... | 91 |
| Guizez. — Corps étrangers œsophagiens (arête, dentier) enlevés par œsophagoscopie..... | 182 |
| — Abscès du cerveau consécutifs à une pansinusite. Trépanation. Guérison..... | 182 |
| — et Abland. — De la physiologie de l'œsophage..... | 273 |
| Gyergyal. — Nouvelle méthode pour l'examen direct du cavum..... | 363 |
| — Méthode directe pour l'examen et le traitement de la trompe d'Eustache..... | 567 |
| Haik. — Diagnostic précoce du kyste dentaire..... | 372 |
| Hajek. — Pathologie et traitement des affections inflammatoires des sinus de la face..... | 193 |
| — et Polyak. — Tumeur rare de la base du crâne..... | 128 |
| Halle. — Corps étranger de l'œsophage..... | 370 |
| — Atrésie choanale..... | 370 |
| — Méthode buccale et nasale pour les opérations sur le septum..... | 371 |
| — Paralysie bilatérale du récurrent chez un garçon de 13 ans..... | 372 |
| — Aspirations des ailes du nez et traitement opératoire..... | 373 |
| Halphen (E.). — De l'examen clinique de l'audition chez les accidentés. Emploi des appareils à bruit..... | 97 |
| — Signe de Lombard..... | 97 |
| — (Emile) et Gibert (Paul). — Coup de feu de l'oreille droite. Surdité labyrinthique totale et définitive. Troubles transitoires de l'appareil vestibulaire. Opération..... | 347 |
| — Persistance des troubles fonctionnels..... | 361 |
| Hammerschlag. — Surdité héréditaire par dégénérescence; la surdité labyrinthaire progressive et l'otosclérose..... | 587 |
| — Contribution à la surdi-mutité par dégénérescence héréditaire..... | 601 |
| Hansberg. — Diaphragme congénital du larynx..... | 79 |
| — Opération des fibromes de la fosse sphéno-palatine..... | 361 |
| — L'opération précoce dans la septicémie otogène..... | 563 |

| | Pages. |
|--|--------|
| Hansberg. — Ostéomyélite consécutive à une otite moyenne aiguë. | 570 |
| Hanszel. — Kyste congénital du canal thyroïdienne. | 147 |
| Hartmann. — L'école pour les élèves durs d'oreille. | 136 |
| Hausselmann. — Hyperplasie de l'amygdale pharyngée. | 94 |
| Hechinger et Bloch. — Anosmie dans les abcès du lobe temporal. | 393 |
| Hegener. — Télescope binoculaire stéréoscopique pour le larynx. | 365 |
| — Recherches critiques sur la limite supérieure du son. | 556 |
| Heindl. — Laryngite tuberculeuse guérie. | 144 |
| Heryng. — Vingt ans de traitement chirurgical de la tuberculose laryngée. | 176 |
| — De la laryngostomie. | 550 |
| Herzog. — Démonstration de préparations concernant la pathologie de la labyrinthite suppurée. | 557 |
| — Sur le mécanisme du symptôme de la fistule. | 566 |
| Heschl. — Périchondrite tuberculeuse du pavillon de l'oreille. | 155 |
| Heymann. — Infiltration du pli ary-épiglottique. | 369 |
| Hildebrandt. — Sur le traitement chirurgical de la maladie de Basedow. | 86 |
| Horcasitas. — Un cas curieux de paralysie récurrentielle. | 489 |
| Hubert (Camille). — Nouveau manche universel pour instruments d'oto-rhino-laryngologie. | 40 |
| — (—). — Nouveau manche universel pour instrument d'oto-rhino-laryngologie. | 187 |
| Hugard et Jourdin. — Méningite tuberculeuse succédant à une otite moyenne aiguë. | 577 |
| Hutter. — Leontiasis ossea. | 143 |
| — Kyste dentaire. | 143 |
| Imhofer. — Les altérations des voies respiratoires supérieures pendant la grossesse; l'accouchement et la puerpéralité. | 367 |
| Jacod et Lannois. — L'otite ozéneuse. | 305 |
| Jacques (P.) et Gault (F.). — Ostéites et périostites isolées du temporal. | 205 |
| — et Lucien. — Paralysie centrale des sixième et septième paires au cours d'une otorrhée. | 597 |
| Jauquet. — Un cas de pansinusite avec complications oculaires, endocraniennes et pharyngées. | 51 |
| — Présentation d'un laryngostomisé guéri. | 57 |
| — Ablation partielle de la glande parotide pour endothéliome. | 62 |
| Présentation de préparation et du sujet guéri. | 62 |
| Jones (Arnold). — Polype muqueux dans l'orifice pharyngé de la trompe d'Eustache. | 298 |
| Jourdin et Hugard. — Méningite tuberculeuse succédant à une otite moyenne aiguë. | 577 |
| Jouty. — Relations entre le siège des lésions laryngées et celui des lésions pulmonaires. | 128 |
| Kahler (Otto). — Bronchoscopie pour les corps étrangers. | 85 |
| — (—). — Les tumeurs bénignes du sinus maxillaire. | 128 |
| — Diverticule de la trachée. | 145 |
| — Sur les diverticules de la trachée. | 365 |
| Kelson. — Parésie du voile du pharynx et de l'œsophage. | 287 |
| Killian. — Démonstrations d'une nouvelle spatule. | 396 |
| — Sur les névroses ethmoïdales. | 565 |
| — (G.). — Abcès du lobe frontal consécutif à une sinusite frontale, guéri par l'opération. | 402 |
| Klotz (O.) et White (H.). — Étude cytologique de la sécrétion dans les otites moyennes chroniques. | 585 |

| | Pages. |
|--|-----------|
| Kœnig (C.-J.). — Traitement des nodules des chanteurs ou autres excroissances des cordes par la galvano-cautérisation. Nouveau cautère protégé..... | 480 |
| Koffler (Karl). — Œdème du larynx après ingestion d'iodure de potassium..... | 81 |
| — Dacryocystite chronique suppurée consécutive à une opération, d'après Caldwell-Luc..... | 146 |
| — Sinusite latente..... | 146 |
| Kopilov. — La thérapeutique inhalatoire et les inhalations dans le traitement de la tuberculose..... | 175 |
| Kornel de Lang. — Sur l'origine et une méthode opératoire simple des polypes choanaux..... | 128 |
| Korner. — Extirpation d'un tuberculome du ventricule de Morgagni par thyrotomie. Guérison..... | 81 |
| Koschier. — Traitement opératoire du carcinome du larynx. . . | 125 |
| Kreis. — Un cas d'anévrysme aigu consécutif à une trachéotomie pour faux croup..... | 175 |
| — La méthode de Bier dans le traitement des affections de l'oreille..... | 178 |
| Krepuska. — Contribution à l'histologie de la labyrinthite leucémique..... | 138 |
| Kretschmann. — Ostéome de la tête..... | 568 |
| Krongiline. — Asynergie labyrinthique des muscles comme symptôme de l'hystérie..... | 176 |
| Kustner. — Un cas d'otite moyenne suppurée compliquée de tumeur cérébrale..... | 392 |
| Kuttner. — Démonstration d'une nouvelle articulation pour les instruments en oto-rhino-laryngologie | 365 |
| Labarrière. — Présentation d'une opérée de sinusite fronto-maxillaire bilatérale..... | 357 |
| Morales Lahos. — Labyrinthite spécifique..... | 501 |
| Lake (Richard). — Manuel des maladies de l'oreille..... | 571 |
| Landwehrmann. — Ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nouveau-né..... | 91 |
| Lannois. — Tic douloureux de la face de forme aiguë et curable. — et Jacod. — L'otite ozéneuse..... | 90 305 |
| Lautmann. — Traitement de la syphilis des voies respiratoires inférieures..... | 128 |
| Law (Edward). — Surdité et troubles de l'oreille droite comme premiers symptômes d'un épithéliome partant de la trompe d'Eustache droite..... | 203 |
| Lazarraga. — L'anesthésie locale dans les extirpations totales du larynx..... | 492 |
| — Extirpation totale du larynx chez un diabétique..... | 492 |
| — Tumeurs malignes des fosses nasales et sinus accessoires.. | 497 |
| Ledoux (L.). — Palato et jugoplastie à lambeau fronto-temporal après la résection totale du maxillaire supérieur..... | 21 |
| — Palatoplastie après résection totale du maxillaire supérieur. | 61 |
| Leidler (R.). — Le cancer de l'oreille moyenne et les recherches modernes sur le cancer..... | 71 |
| — Thrombose otitique du sinus exceptionnellement étendue et terminée par la guérison..... | 151 |
| — Destruction isolée aiguë de l'appareil vestibulaire..... | 154 |
| — Atrophie par dégénérescence de l'oreille interne consécutive à la radicale..... | 154 |
| — Présentation d'une malade..... | 154 |
| Lens (De). — De la valeur clinique de l'œsophagoscopie et de la bronchoscopie..... | 177 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Leulier. — Contribution à l'étude des goîtres de la base de la langue..... | 584 |
| Levinger. — Urémie simulant une complication cérébrale d'origine otitique..... | 587 |
| — Méningite cérébro-spinale et suppuration de l'oreille..... | 594 |
| Lhorente. — Diphthérie et intubation du larynx. — Alimentation par voie nasale..... | 491 |
| Lieck (W.). — Le traitement secondaire de la radicale sans tampon..... | 66 |
| Lombard (E.). — Note rectificative..... | 34 |
| — (—). — A propos de la note rectificative et de la rectification..... | 414 |
| Luc. — Sinusite fronto-ethmoïdale opérée sous anesthésie locale..... | 188 |
| Lucien et Jacques. — Paralyse centrale des sixième et septième paires au cours d'une otorrhée..... | 597 |
| Mackenzie. — Cas d'asthme. Amélioration après traitement nasal..... | 290 |
| — (George W.). — Étude clinique sur l'examen fonctionnel de l'appareil labyrinthique par le courant galvanique.... | 380 |
| — (P.). — Cas de vertige de Ménière..... | 298 |
| — et Alexander. — Examen fonctionnel de l'appareil auditif chez les sourds-muets..... | 382 |
| Mackiewicz. — Otite moyenne purulente chronique guérie durant quinze mois par une antrotomie pour mastoïdite aiguë. Récidive. Évidement pétro-mastoïdien pour fongosité de la dure-mère cérébrale, suite de carie du toit de l'attique, et pour cellulite périlabyrinthique à foyers multiples. Exploration du cerveau négative. Abscès de la pointe du rocher se vidant dans le pharynx. Thrombo-phlébite de la jugulaire interne chez une malade hystérique. Guérison..... | 36 |
| Mahu. — Zona thoracique d'origine nasale..... | 184 |
| — (Georges). — De l'évidement pétro-mastoïdien partiel avec conservation du tympan et des osselets..... | 245 |
| Makuen (Hudson). — La parésie du voile du palais..... | 430 |
| Malioutine. — Du traitement de l'otite catarrhale chronique et de l'otosclérose par les agents naturels..... | 174 |
| Maltese. — Sur un cas de pyo-labyrinthite chronique circonscrite..... | 603 |
| Manassé. — Sur les exostoses et les varicocèles du sinus frontal..... | 363 |
| — Sur la surdi-mutité congénitale compliquée de goitre..... | 397 |
| — Les suites dans les traumatismes de l'os temporal..... | 552 |
| Marchadour (Le) et Chauveau (Léopold). — Contribution à l'étude des périostites du conduit auditif externe au cours des otites suppurées..... | 406 |
| Mark. — Contribution à la bactériologie de l'otite moyenne aiguë compliquée de mastoïdite..... | 65 |
| Markman. — Sur l'ankylose stapédienne sans spongieuse..... | 383 |
| Marschik. — A propos de la technique de l'opération radicale de la sinusite ethmoïdale par voie extranasale..... | 144 |
| — Sclérome du nez et du pharynx..... | 144 |
| — Cyndrome de l'os sphénoïdal..... | 145 |
| Martin (Avelino). — Les épithéliomas de la caisse du tympan..... | 69 |
| Marum (A.). — Sur l'existence du bacille de la paratyphoïde dans les otites moyennes aiguës..... | 66 |
| Marx. — Recherches sur les lésions expérimentales de l'appareil auditif..... | 601 |
| — Méthode pour démasquer la simulation de la surdité unilatérale..... | 602 |
| Mayer (Émile). — Sténoses du larynx guéries par l'intubation..... | 126 |
| — (Otto). — Coexistence de labyrinthite et de méningite..... | 459 |
| — (—). — Sur la surdité endémique..... | 560 |
| — (—). — Fracture de la base du crâne..... | 162 |

| | Pages. |
|--|--------|
| Mayr. — Contribution à l'endoscopie de l'ostium pharyngé de la trompe..... | 582 |
| Mekler. — De l'hématocèle tympanique..... | 577 |
| Menzel. — Glande thyroïde aberrante dans le larynx..... | 143 |
| — Pemphigus chronique occupant exclusivement la muqueuse buccale..... | 144 |
| — A propos du cas de goitre aberrant présenté à la dernière séance..... | 146 |
| — Tumeur maligne de la base de la langue..... | 146 |
| — Fistule frontale..... | 147 |
| Merckx. — Modification au procédé habituellement employé pour la cure de la polysinusite..... | 55 |
| Milligan. — Papillome pédiculé du conduit membraneux..... | 297 |
| — Tumeur du rhino-pharynx chez un garçon de 12 ans..... | 297 |
| — Démonstration des instruments de Kuhn pour la narcose perorale..... | 298 |
| Miodowski. — Contribution à la pathogenèse et à l'histologie pathologique de l'abcès du cerveau avec recherches expérimentales sur la séparation de la cavité arachnoïdale..... | 385 |
| Möller (Jörgen). — L'amputation de l'épiglotte dans la tuberculose du larynx..... | 81 |
| — Thermothérapie dans l'ozène..... | 364 |
| Molard (E.). — La ponction lombaire dans le traitement du vertige labyrinthique..... | 573 |
| Morelli. — Sur les opérations radicales des tumeurs malignes du nez..... | 129 |
| — Fistule congénitale bilatérale du cou..... | 133 |
| Morian. — Sur la névrite alcoolique de l'acoustique..... | 567 |
| Moskovitz. — Sur les effets nuisibles de la turbinotomie sur l'organisme..... | 133 |
| Mounier. — Intoxications tardives dues au bromure d'éthyle..... | 190 |
| Mouret (J.). — De la voie lymphatique dans la propagation de l'infection otique dans l'intérieur du crâne..... | 593 |
| Müller. — A propos de la réaction de Wassermann..... | 148 |
| — (F.). — Sur la névralgie dentaire et surtout sur l'otalgie d'origine dentaire..... | 400 |
| Nadoleczny. — Observations faites sur les élèves chanteurs..... | 367 |
| Nager. — Etude statistique des affections de l'appareil auditif après scarlatine..... | 399 |
| Navratil. — Laryngo-trachéotomie..... | 82 |
| Nepveu. — Sur la technique de la photothérapie en oto-rhino-laryngologie..... | 190 |
| Neumann. — A propos de la théorie de Zimmermann..... | 550 |
| — et Ghon. — De la méningite otogène..... | 137 |
| Nuenberg (Franz). — Contribution à la clinique de la suppuration du labyrinthe..... | 77 |
| Oller. — Traitement des crêtes et de certaines déviations de la cloison nasale par l'électrolyse..... | 496 |
| Pallasse. — Paralysie laryngée dans la fièvre typhoïde..... | 82 |
| Parrel (De). — Surdité bilatérale subite..... | 186 |
| Parrel (De) et Castex. — Observations d'aérophagie et de fies du voile palatin..... | 182 |
| Pasquier. — Doit-on isoler de l'école les enfants atteints d'otite suppurée ?..... | 189 |
| Paterson. — Endothéliome de l'os temporal..... | 299 |
| Pegler (Hemmington). — Perforation traumatique du palais..... | 293 |
| Peters. — Traumatisme du larynx..... | 289 |
| — Nodule des chanteurs..... | 289 |
| Peyser. — Examen röntgénologique des sinus périmasaux..... | 375 |

| | Pages. |
|--|--------|
| Politzer. — Étude sur la suppuration du labyrinthe..... | 434 |
| — Nécrologie du professeur Zaufal..... | 104 |
| Polyak. — Sur les principes de la chirurgie endonasale..... | 359 |
| — et Hajek. — Tumeur rare de la base du crâne..... | 128 |
| Pontchkovski. — Un cas de leptoméningite purulente d'origine otique..... | 383 |
| Portela. — Traitement et curabilité de la tuberculose laryngée... | 485 |
| Poyet (Gaston). — Présentation de deux malades atteints de dysphagie (laryngite tuberculeuse) guéris par l'application de rayons X..... | 183 |
| Préobrajenski. — Du traitement de la surdité chronique et des bruits subjectifs par les vibrations combinées avec le cornet métallique..... | 171 |
| — Du traitement du goitre par la d'arsonvalisation..... | 175 |
| Quix. — La mensuration du pouvoir auditif avec les diapasons.. | 378 |
| — Expériences sur l'accommodation de l'oreille..... | 570 |
| Reik (H.-O.). — Réunion primaire après trépanation de la mastoïde..... | 437 |
| Reinking. — La hernie cérébrale dans la chirurgie de l'oreille et du nez..... | 387 |
| Rethi. — Les relations du voile du palais avec le système nerveux..... | 122 |
| — Le voile du palais et ses relations avec le système nerveux. | 130 |
| Rhese. — Sur les relations entre le pouvoir auditif et la durée de perception des diapasons. Application pour la reconnaissance de la simulation et de l'aggravation..... | 378 |
| Riester. — Deux kystes du larynx..... | 79 |
| Ritter. — Les suites de la trachéotomie..... | 369 |
| Royet. — La neurasthénie dans ses rapports étiologiques avec les rhino-pharyngites chroniques..... | 89 |
| Ruedi. — Contribution à nos connaissances sur les affections post-scarlatineuses de l'apophyse mastoïde et des sinus périmaxillaires..... | 68 |
| Ruprecht. — Sur l'anesthésie locale de l'amygdale palatine et pharyngée..... | 129 |
| Ruttin. — Sur les suppurations et opérations du labyrinthe..... | 138 |
| — Abscès périlabial..... | 149 |
| — Résection étendue de l'écaille du temporal, de la grande aile du sphénoïde; abcès extra et intradural; cholestéatome du lobe temporal..... | 149 |
| — Malformation congénitale des deux pavillons avec atresie des deux conduits externes..... | 150 |
| — Fistule de la fenêtre ovale avec conservation de la fonction auditivo et des réactions vestibulaires. Radicale..... | 150 |
| — Otite moyenne suppurée. videment pétro-mastoidien. | |
| Phlegmon du cou. Abscès métastatique dans le périnée..... | 152 |
| — (Erick). — A propos du mal de mer..... | 160 |
| — (—). — Labyrinthite séreuse..... | 167 |
| — Abscès du lobe temporal..... | 161 |
| — Thrombose du sinus par compression..... | 162 |
| — Suppuration chronique du labyrinthe, thrombose du sinus, abcès du cervelet. Opération, guérison..... | 164 |
| — Elephantiasis de l'oreille..... | 167 |
| — Otite moyenne chronique suppurée. Cholestéatome. Abscès extradural et compression du sinus. Méningite cérébro-spinale épidémique..... | 167 |
| — Diagnostic différentiel entre les affections des nerfs du labyrinthe et le nerf acoustique..... | 377 |
| — Contribution à la pathologie de la surdi-mutité avec | |

| | Pages. |
|---|--------|
| remarques sur la physiologie et la pathologie de la péri-lymphe et de l'endolympe..... | 567 |
| Ruttin. — Sur l'éléphantiasis de l'oreille..... | 570 |
| Salzburg. — Carcinome du nez resté depuis dix ans et demi sans récidence. Sarcome du larynx. Opération. Extirpation totale du larynx. Guérison depuis dix ans..... | 363 |
| Samoïlenko. — Contribution à l'étude des polypes naso-pharyngiens. Cas rare de sarcome alvéolaire du bord des choanes.... | 547 |
| Santiuste. — Influence étiologique des affections gastriques hypersécrétrices dans les pharyngites chroniques et les parésésies pharyngées..... | 483 |
| Sargnon. — Quelques applications peu courantes de l'endoscopie directe..... | 125 |
| — et Barlatier. — Traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales..... | 122 |
| Scheibe. — Symptôme de la fistule. Labyrinthite post-opératoire et sa prophylaxie..... | 566 |
| Scheier. — L'examen endoscopique du larynx et du cavum.... | 370 |
| — Contribution à la physiologie de la déglutition..... | 374 |
| — L'ossification du larynx humain..... | 375 |
| Scherb (G.). — Le vertige de Ménière syphilitique labyrinthite et iritis doubles..... | 250 |
| Schneider. — De la trachéo-bronchoscopie..... | 177 |
| Schönemann. — Sur le pouvoir de résorption du conduit externe et sur la perméabilité du tympan..... | 137 |
| — De l'influence des cicatrices non résistantes du tympan sur la surdité..... | 569 |
| Schrotter (von). — Traitement du sclérome..... | 125 |
| Schwartz. — Trois conférences sur l'otologie..... | 401 |
| Scott (Sydney). — Démonstration de quelques préparations anatomiques..... | 293 |
| Sétien. — Blessure de la voûte palatine..... | 482 |
| Sinakevitch. — Contribution à l'étude des abcès rétro-pharyngés..... | 92 |
| Snow (Sargent). — Prophylaxie de la surdité..... | 140 |
| Sobernheim. — Un cas d'argyrose..... | 374 |
| Stéfanini et Gradenigo. — Sur l'acoumétric..... | 136 |
| Stein (S. von). — De la symptomatologie des affections labyrinthiques. Nouvelle fonction du limaçon..... | 168 |
| — Sur l'emploi de l'onguent rouge écarlate (<i>Scharlach Roth</i>) dans les otopathies..... | 580 |
| Stella (De). — Diagnostic et traitement des labyrinthites suppurées..... | 53 |
| — Méningite séreuse et surdité..... | 593 |
| Stern (Hugo). — Les rapports de la rhino-laryngologie avec les troubles de la parole..... | 130 |
| — Sur la valeur du ton dit primaire pour le chant..... | 366 |
| — (Hugo). — Les progrès dans l'éducation des sourds-muets.... | 568 |
| Sugar. — Sur l'otosclérose..... | 139 |
| Swerjevski. — Du traitement de l'ozène par des injections de paraffine..... | 170 |
| — Les relations entre les affections du nez et celles des yeux..... | 170 |
| Tapia. — Paralysies laryngées d'origine bulbaire..... | 489 |
| — Encore une observation d'hémi-paralysie du larynx et de la langue sans paralysie du voile..... | 489 |
| — Lipome du larynx..... | 490 |
| — Cas inédits de corps étrangers de l'œsophage..... | 495 |
| — Cancer de la petite courbure de l'estomac diagnostiqué par l'œsophagoscopie..... | 406 |
| Tavernier (L.). — Sur le traitement chirurgical des thrombophlébites du sinus caverneux..... | 390 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Texier (V.) et Angebaud. — Nouvelle commutatrice pour otorhino-laryngologie..... | 113 |
| Tiefenthal. — Contribution à la technique de l'opération du golfe de la veine jugulaire..... | 592 |
| Tilley (Herbert). — Papillomatose chez un garçon âgé de 6 ans. Opération par la méthode directe..... | 288 |
| — Ablation d'un fibrome à marche rapide parti de la paroi postérieure du sinus maxillaire gauche..... | 289 |
| — Laryngite tuberculeuse guérie par galvanocaustie..... | 291 |
| — Bruits objectifs de l'oreille gauche..... | 294 |
| Tod (Hunter). — Ostéomyélite de l'os temporal droit consécutive à une mastoïdite..... | 298 |
| Torok. — A propos de la ligature de la jugulaire dans les cas de thrombose du sinus..... | 134 |
| Tovolyi (E. de). — Expériences personnelles sur le traitement de la laryngite catarrhale chez les chanteurs..... | 131 |
| — Sur une nouvelle méthode pour opérer les éperons du septum et l'hypertrophie du cornet inférieur..... | 133 |
| Tremolières (Joseph). — Traitement des fractures du nez..... | 337 |
| Trofimov. — Des complications intracrâniennes d'origine otique et des moyens de les prévenir..... | 173 |
| Tzitowitsch. — Labyrinthite avec abcès extradural..... | 552 |
| Uchermann. — Pyémie otogène et thrombose infectieuse du sinus..... | 394 |
| Uffenorde. — Papillomes du larynx. Tuméfaction énorme de la muqueuse trachéo-bronchique guérie par curettage de la muqueuse..... | 365 |
| — Labyrinthite suppurée consécutive à une otite moyenne aiguë..... | 557 |
| — Labyrinthite suppurée circonscrite. Empyème du sac endolymphatique. Absès du cervelet consécutif à une otite cholestéatomateuse..... | 450 |
| — Contribution à la pathogenèse du cholestéatome secondaire..... | 561 |
| Urbano (Villar). — Un cas curieux de sténoscléropique tuberculeuse guérie par la dilatation interne..... | 491 |
| Urbantschitsch. — Nystagmus céphalique..... | 138 |
| — La perméabilité du tympan pour l'air..... | 138 |
| — (V.) — Sur la localisation pathologique du son..... | 149 |
| — (E.) — Neurasthénie toxique d'origine otogène..... | 149 |
| — Mastoïdite suppurée subaiguë avec tympan non perforé..... | 152 |
| — Actinomycose de l'os pétreux..... | 157 |
| — Cholestéatome, labyrinthite suppurée, thrombose du sinus, suppuration de la jugulaire, suppuration intraméningée..... | 159 |
| — Thrombose du sinus..... | 161 |
| — Méningite suppurée guérie par opération..... | 163 |
| — Rupture du tympan..... | 165 |
| — Thrombose du sinus..... | 165 |
| — Otite moyenne aiguë bulleuse..... | 165 |
| — Labyrinthite suppurée et abcès du cervelet..... | 168 |
| — Compression du sinus sigmoïde. Labyrinthite suppurée et fistule du canal semi-circulaire..... | 168 |
| — Sur l'étiologie de la surdité..... | 560 |
| — Sur l'influence de la position de la tête sur l'écoulement des sécrétions auriculaires..... | 569 |
| — (V.) — De l'influence des otites moyennes sur l'odorat..... | 581 |
| — (E.) — Les suppurations de la trompe..... | 583 |
| — (P.) — De l'influence des otites moyennes sur les sensations olfactives..... | 593 |
| Uvena (Léandro). — L'otite moyenne dans la scarlatine..... | 398 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Vansant (Laue). — Traitement des inflammations des voies respiratoires supérieures et de l'oreille par l'air chaud, avec présentation des instruments..... | 133 |
| Vargos (Alfredo Rodriges). — Calcul de l'amygdale..... | 94 |
| Vinckler — Incision de la muqueuse pour la résection sous-muqueuse du septum..... | 361 |
| Vogt (E.). — Sur la guérison de l'otite moyenne chronique suppurée par le traitement conservateur..... | 578 |
| Voïatchek. — Recherches comparées sur le tonus de la membrane du tympan dans certaines affections auriculaires..... | 64 |
| — Du soi-disant symptôme fistuleux dans les affections de l'oreille interne..... | 72 |
| — De l'ouverture opératoire du labyrinthe de l'oreille..... | 603 |
| Waetzmann. — Les qualités acoustiques de la membrane basilaire..... | 535 |
| — Essai d'une méthode exacte pour mesurer le pouvoir auditif..... | 556 |
| Wanner (F.). — L'examen fonctionnel chez les sourds-muets comme base de l'enseignement..... | 141 |
| — Le nouveau règlement concernant la statistique des sourds-muets en Bavière..... | 569 |
| Weinstein. — Sur la valeur de la réaction de Wassermann en rhino-laryngologie..... | 87 |
| Werhovski. — Sur la pathogenèse des bruits subjectifs de l'oreille..... | 306 |
| Weski. — Quatre cas d'éléphantiasis héréditaire des gencives..... | 374 |
| White (H.) et Klotz (O.). — Étude cytologique de la sécrétion dans les otites moyennes chroniques..... | 585 |
| Wild. — Contribution à la clinique de l'infection générale d'origine auriculaire..... | 389 |
| Van den Wildenberg. — Fractures de la base du crâne, du frontal et des os de la face. Lésions graves du cerveau. Polysinusite. Guérison..... | 56 |
| — Absès du cervelet opéré et guéri..... | 59 |
| — Un cas remarquable de gangrène de la face et du cou..... | 63 |
| Wilkinson (G.). — Lympho-sarcome de l'amygdale; opération radicale d'après la méthode de Vohsen..... | 286 |
| Winckler. — Les pertes de substance faites dans la cavité crânienne après la radicale ou l'antrotomie sont-elles sans importance?..... | 564 |
| — Sur l'incision dans la trépanation de la fosse canine..... | 564 |
| Wittmaack. — Sur la fermeture de la trompe après la radicale..... | 565 |
| Wohrizek. — La röntgénéthérapie du goitre..... | 92 |
| Woss. — Méningite séreuse auriculaire..... | 565 |
| Wylie (Andrew). — Papillome du larynx et papillome symétrique du voile..... | 288 |
| Yvanov (A.-P.). — La laryngostomie dans les périchondrites du larynx..... | 169 |
| Zarniko (Carl). — Les affections du nez et du naso-pharynx..... | 192 |
| — Turbinectomie sous-muqueuse..... | 363 |
| Zemann. — Les évidés sont-ils aptes au service militaire?..... | 397 |
| Zimmern et Gendreau. — Vertige auriculaire et vertige voltaïque..... | 186 |
| Zytowitsch. — Sur le traitement de l'otite moyenne par le courant faradique..... | 582 |
| — Contribution à la question du mouvement respiratoire et pulsatile du tympan..... | 64 |

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

| | |
|---|-----|
| Abcès du cerveau (Contribution à la pathogenèse et à l'histologie pathologique del') avec recherches expérimentales sur la séparation de la cavité arachnoïdale, par Miodowski | 385 |
| Abcès du cerveau consécutifs à une pansinusite. Trépanation. Guérison, par Guisez | 182 |
| Abcès du cerveau (Les) d'origine otique, par Charchake | 592 |
| Abcès du cervelet opéré et guéri, par Van der Wildenberg | 89 |
| Abcès du cou, fissures de Santorini et de Glaser, par Grünwald , Abcès du lobe frontal consécutif à une sinusite frontale, guéri par l'opération, par G. Killian | 94 |
| Abcès du lobe temporal, par Alt | 402 |
| Abcès du lobe temporal, par Ruttin | 148 |
| Abcès du lobe temporal (Anosmie dans les), par Bloch et Hechinger | 161 |
| Abcès cérébraux d'origine otitique (Sur le diagnostic des), par L. Bar | 393 |
| Abcès otitiques du cerveau (Contribution à la pathologie et au traitement des), par Alt | 25 |
| Abcès otogène du cerveau (Mort subite après ponction du cerveau et du canal rachidien dans un cas d'), par Bever | 389 |
| Abcès péribulbaire, par Ruttin | 388 |
| Abcès primitif aryténoïdien, par M. Curtil | 149 |
| Abcès rétro-pharyngé chez un nourrisson de huit mois, par Antonio Candela | 353 |
| Abcès rétro-pharyngés (Contribution à l'étude des), par Sinakevitch | 490 |
| Absence congénitale des deux pavillons de l'oreille (Sur un cas d'), par Gradenigo | 92 |
| Acoumétrie (Sur l'), par Gradenigo et Stefanini | 576 |
| Actinomycose de l'os pétreux, par Urbantschitsch | 136 |
| Adénoïdectomie (Faut-il employer l'anesthésie dans l') ? par Compaired | 157 |
| Adhérence vélo-pharyngée post-opératoire, par A. Courtade | 484 |
| Aérophagie (Observations d') et de tics du voile palatin, par Castex et de Parrel | 188 |
| Affections du cervelet (Un nouveau symptôme vestibulaire dans les), par Barany | 182 |
| Affections des nerfs du labyrinthe et le nerf acoustique (Diagnostic différentiel entre les), par Erick Ruttin | 139 |
| Affection du nez de la gorge et de l'oreille (Les cultures de bacille lactique dans le traitement des), par Holbrock Curtis | 377 |
| Affections du nez et du naso-pharynx (Les), par Carl Zarniko . Affections du nez (Les relations entre les) et celles des yeux, par Swerjevski | 86 |
| Affections (La méthode de Bier dans le traitement des), par Kreis . Affections inflammatoires des sinus de la face (Pathologie et traitement des), par Hajek | 192 |
| | 170 |
| | 178 |
| | 193 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Affections post-scarlatineuses de l'apophyse mastoïde et des sinus périmasaux (Contribution à nos connaissances sur les), par Ruedi | 68 |
| Affection unilatérale de l'oreille interne simulant une affection de l'appareil transmetteur, par Barany | 152 |
| Altérations des voies respiratoires supérieures pendant la grossesse; l'accouchement et la puerpéralité, par Imhofer | 367 |
| Amygdale palatine (Coupes de crâne sur un cadavre congelé montrant la proximité de l'artère linguale, de la carotide interne et externe avec l'), par Bieliaev | 550 |
| Anesthésie locale (Sur l') de l'amygdale palatine et pharyngée, par Rupracht | 129 |
| Anévrysme aigu (Un cas d') consécutif à une trachéotomie pour faux croup, par Kreis | 175 |
| Angine gangréneuse (Un cas d'), par Galebski | 551 |
| Angiomes du pavillon de l'oreille (Contribution à l'étude des), par G. Cesbron | 572 |
| Ankylose stapédienne sans spongieuse (Sur l'), par Markmann | 383 |
| Anosmie dans les abcès du lobe temporal, par Bloch et Hechinger | 393 |
| Aphasiques (Les enfants) et mal parlant sous le rapport intellectuel et de la parole, par Bogdanov-Beresovski | 548 |
| Apophyse mastoïde (Type infantile de l'), par Arthur Cheate | 295 |
| Appareil auditif (Etude statistique des affections de l') après scarlatine, par Nager | 399 |
| Appareil auditif (L') chez les crétins, par Alexander | 400 |
| Appareil auditif chez les sourds-muets (Examen fonctionnel de l'), par Alexander et Mackenzie | 382 |
| Appareil conducteur du son chez les vertébrés (Etude sur le soi-disant) et sur la fonction de la fenêtre ronde, par Hermann Beyer | 382 |
| Appareil vestibulaire (Sur l'épreuve quantitative de l'), par Brünings | 562 |
| Appareil vestibulaire (Sur de nouveaux points de vue dans le diagnostic des affections de l'), par Brünings | 563 |
| Appareil vestibulaire et cérébelleux, par Barany | 570 |
| Argyrose (Un cas d'), par Sobernheim | 374 |
| Articulation pour les instruments en oto-rhino-laryngologie (Démonstration d'une nouvelle), par Küttner | 365 |
| Aspiration des ailes du nez et traitement opératoire, par Halle | 378 |
| Asthme (Cas d'). Amélioration après traitement nasal, par Mackenzie | 290 |
| Asthme des foins, asthme nerveux et hypertrophie de la muqueuse nasale, par Bresgen | 121 |
| Asthme nasal (Expériences sur l'), par Grossmann | 124 |
| Asynergie labyrinthique des muscles comme symptôme de l'hystérie, par Krongiline | 176 |
| Atresie choanale, par Halle | 370 |
| Audition chez les accidentés. (De l'examen clinique de l') — Emploi des appareils à bruit. — Signe de Lombard, par E. Halphen | 97 |
| Atrophie par dégénérescence de l'oreille interne consécutive à la radicale, par Leidler | 154 |
| Atrophie ozéneuse et complications oto-cranio-cérébrales, par Compaired | 497 |
| Auditif (Essai d'une méthode exacte pour mesurer le pouvoir), par Waetzmann | 556 |
| Audition (Physiologie de l'), par Dennert | 554 |
| Bronchoscopie (Sur la valeur de la) en pathologie interne, par Ephraim | 83 |

| | Pages |
|--|-------|
| Bronchoscopie pour les corps étrangers, par Otto Kahler | 85 |
| Bruits objectifs de l'oreille gauche, par Herbert Tilley | 294 |
| Bruits subjectifs de l'oreille (Sur la pathogenèse des), par Wernowski | 300 |
| Calcul de l'amygdale, par Alfredo Rodriges Vargos | 94 |
| Calcul du cadal de Sténon, par Fernandès | 54 |
| Calcul de la glande sous-maxillaire, par Candela | 59 |
| Cancer du conduit auditif (Opération radicale du), par Goris | 482 |
| Cancer du larynx (Résultats du traitement opératoire du), par Cisneros | 125 |
| Cancer de l'oreille moyenne (Le) et les recherches modernes sur le cancer, par R. Leidler | 71 |
| Cancer de la petite courbure de l'estomac diagnostiqué par l'œsophagoscopie, par Tapia | 496 |
| Cancer laryngé (Résultats du traitement opératoire du), par Cisneros | 490 |
| Carcinome d'un larynx (Traitement opératoire du), par Koschier | 125 |
| Carcinome du nez resté depuis dix ans et demi sans récurrence, par Salzburg | 363 |
| Clavité nasale, berceau du lupus, par Jacques Dresch | 325 |
| Cavum (Nouvelle méthode pour l'examen direct du), par Gyergyai | 363 |
| Chaine des osselets (Mécanisme de la), par Frey | 557 |
| Chanteurs (Observations faites sur les élèves), par Nadoleczny | 367 |
| Chirurgie endonasale (Sur les principes de la), par Polyak | 359 |
| Cholestéatome (A propos de l'opération pour), par Barany | 163 |
| Cholestéatome, labyrinthite suppurée, thrombose du sinus, suppuration de la jugulaire, suppuration intraméningée, par Urban-tschtisch | 159 |
| Cholestéatome secondaire (Contribution à la pathogenèse du), par Uffenorde | 561 |
| Chordectomie externe et régénérescence des cordes vocales, par Citelli | 80 |
| Cicatrices non résistantes du tympan sur la surdité (De l'influence des), par Schönemann | 569 |
| Commuatrice (Nouvelle) pour oto-rhino-laryngologie, par V. Texier et Angebaud | 113 |
| Complications (Les) intracrâniennes d'origine nasale, par Freudenthal | |
| Complications (Des) intracrâniennes d'origine otique et des moyens de les prévenir, par Trofimov | 173 |
| Conduction cartilagineuse (Sur la), Barany | 140 |
| Conduction (Sur la) cartilagineuse, par Barany | 158 |
| Conduction osseuse (Sur la) comme base d'une épreuve qualitative de l'ouïe, par Brünings | 561 |
| Contractions intermittentes du voile, du larynx, avec tremblements de la langue et du maxillaire inférieur, par Graefner | 370 |
| Corps étranger de l'œsophage, par H.-J. Davis | 285 |
| Corps étranger de l'œsophage, par Halle | 370 |
| Corps étrangers (Bronchoscopie pour les), par Otto Kahler | 85 |
| Corps étrangers des bronches et extraction par bronchoscopie, par Botella | 493 |
| Corps étrangers de l'œsophage, par Botella | 494 |
| Corps étrangers de l'œsophage (Cas inédits de), par Tapia | 495 |
| Corps étrangers œsophagiens (arête, dentier) enlevé par œsophagoscopie, par Guisoz | 182 |
| Corps étrangers (sangues) dans les voies aériennes, par Gallegos | 484 |
| Coup de feu de l'oreille droite. — Surdité labyrinthique totale et définitive. — Troubles transitoires de l'appareil vestibulaire. — | |

| | Pages. |
|---|--------|
| Opération. — Persistance des troubles fonctionnels, par Paul Gibert et Emile Halphen | 347 |
| Cultures de bacille lactique (Les) dans le traitement des affections du nez, de la gorge et de l'oreille, par Holbroock Curtis | 86 |
| Cylindrome de l'os sphénoïdal, par Marachik | 143 |
| Dacryocystite chronique supprimée consécutivement à une opération, d'après Caldwell-Luc, par Hofler | 146 |
| Déglutition (Contribution à la physiologie de la), par Scheier ... | 374 |
| Destruction isolée de l'appareil vestibulaire, par Leidler | 154 |
| Déviation de la cloison nasale (Traitement des crêtes et de certaines) par l'électrolyse, par Aller | 496 |
| Diaphragme congénital du larynx, par Hansberg | 79 |
| Diphthérie et intubation du larynx. Alimentation par voie nasale, par Lhorente | 491 |
| Diphthérie pharyngée (Essai d'application d'un sérum bactéricide dans la), par Fleicher | 548 |
| Diverticule de la trachée, par Kahler | 145 |
| Diverticules de la trachée (Sur les), par Kahler | 365 |
| Drainage intranasal du sinus frontal, par Flechter Ingals | 127 |
| Dysphagie (Présentation de deux malades atteints de), par Gaston Poyet | 483 |
| Écoulement des sécrétions auriculaires (Sur l'influence de la position de la tête sur l'), par Urbantschitsch | 569 |
| Électrolyse (L') de la muqueuse nasale, par Bresgen | 127 |
| Éléphantiasis de l'oreille, par Ruttin | 167 |
| Éléphantiasis de l'oreille (Sur l'), par Ruttin | 570 |
| Éléphantiasis héréditaire des gencives (Quatre cas d'), par Weski .. | 374 |
| Empalement (Présentation d'un cas d'), Gomperz | 148 |
| Endoscopie directe (Quelques applications peu courantes de l'), par Sargnon | 125 |
| Endoscopique (L'examen) du larynx et du cavum, par Scheier .. | 370 |
| Endothéliome (Ablation partielle de la glande parotide pour). Présentation de préparation et du sujet guéri, par Jauquet | 62 |
| Endothéliome de l'os temporal, par Paterson | 299 |
| Éperons du septum (Sur une nouvelle méthode pour opérer (les) et l'hypertrophie du cornet inférieur, par E. de Tóvolgyi | 133 |
| Épithéliomas (Les) de la caisse du tympan, par Avelino Martin .. | 69 |
| Épithéliome partant de la trompe d'Eustache droite (Surdité et troubles de l'oreille droite comme premiers symptômes d'un), par Edward Law | 293 |
| Évidement pétro-mastoldien avec conservation du tympan et des osselets, par Bondy | 151 |
| Évidement pétro-mastoldien partiel (De l') avec conservation du tympan et des osselets, par Georges Mahu ... | 245 |
| Évidés (Les) sont-ils aptes au service militaire? par Zemann | 397 |
| Examen avec le diapason (Nouvelles méthodes d') et leur valeur pratique, par Barany | 140 |
| Examen direct des voies respiratoires (Les résultats de l'), par von Eicken | 124 |
| Examen fonctionnel de l'oreille (Méthode pour l'), par Barany .. | 166 |
| Examen fonctionnel chez les sourds-muets comme base de l'enseignement, par F. Wanner | 141 |
| Excision totale de la langue, par Davis | 202 |
| Exostoses (Sur les) et les yaricocèles du sinus frontal, par Manasse | 363 |
| Extirpation totale du larynx chez un diabétique, par Lazarraga .. | 492 |
| Extirpations totales du larynx (L'anesthésie locale dans les), par Lazarraga | 492 |
| Fermeture de la trompe (Sur la) après la radicale, par Wittmaack .. | 565 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Fibrome à marche rapide (Ablation d'un) parti de la paroi postérieure du sinus maxillaire gauche, par Herbert Tilley | 289 |
| Fibromes de la fosse sphéno-palatine (Opération des), par Hausberg | 361 |
| Fistule (Sur le mécanisme du symptôme de la), par Herzog | 566 |
| Fistule (Symptôme de la). Labyrinthite post-opératoire et sa prophylaxie, par Scheibe | 566 |
| Fistule de l'ampoule du canal semi-circulaire vertical, par Barany | 151 |
| Fistule de la fenêtrée ovale avec conservation de la fonction auditive et des réactions vestibulaires. Radicale, par Ruttin | 150 |
| Fistule du labyrinthe sans symptôme, par Barany | 159 |
| Fistule congénitale bilatérale du cou, par Morelli | 133 |
| Fistule frontale, par Menzel | 147 |
| Formule acoumétrique universelle (Remarque sur la proposition de la commission internationale sur une), par Bloch | 561 |
| Fracture de la base du crâne, par O. Mayer | 162 |
| Fractures de la base du crâne, du frontal et des os de la face. Lésions graves du cerveau. Polysinusite. Guérison, par van den Wildenberg | 56 |
| Fractures du nez (Traitement des), par Joseph Trémolières | 337 |
| Ganglions de l'acoustique (Contribution à l'histologie normale et pathologique des), par Alagna | 601 |
| Gangrène de la face et du cou (Un cas remarquable), par van den Wildenberg | 63 |
| Glande thyroïde aberrante dans le larynx, par Menzel | 143 |
| Goitre (La radiothérapie du), par Wohrizek | 92 |
| Goitre (Du traitement du) par la d'arsonvalisation, par Preobrajenski | 175 |
| Goitre de la base de la langue (Contribution à l'étude des), par Leuller | 374 |
| Goitre aberrant (A propos d'un cas de), par Menzel | 146 |
| Golfe de la veine jugulaire (Contribution à la technique de l'opération du), par Tiefenthal | 592 |
| Gomme du septum, par Braun | 145 |
| Hématocèle tympanique (De l'), par L. Mekler | 577 |
| Hémiparalysie du larynx et de la langue (Encore une observation d') sans paralysie du voile, par Tapia | 169 |
| Hémorragie (L') dans l'amygdalectomie, par Gereda | 482 |
| Hernie du tympan simulant un polype, par Botella | 498 |
| Hernie cérébrale (La) dans la chirurgie de l'oreille et du nez, par Reinking | 387 |
| Hyperplasie de l'amygdale pharyngée, par Hausselmann | 94 |
| Hypertrophie de l'amygdale pharyngée (De l'influence de l') sur les affections de l'oreille, par Gavrilov | 172 |
| Hypertrophie de l'amygdale pharyngée (Les relations entre l') et le développement de l'organisme chez les écoliers, par Gavrilov | 172 |
| Hypophyse (L') pharyngée dans la première et la deuxième enfance. Ses rapports avec la muqueuse pharyngée et l'hypophyse centrale, par Citelli | 405 |
| Hypophyse pharyngée chez les enfants. Rapports avec la tonsille pharyngée et avec l'hypophyse principale, par Citelli | 129 |
| Hystérie (Asynergie labyrinthique des muscles comme symptôme de l'), par Krongiline | 176 |
| Infection générale d'origine auriculaire (Contribution à la clinique de l'), par Wild | 389 |
| Infection otique dans l'intérieur du crâne (De la voie lymphatique dans la propagation de l'), par J. Mouret | 598 |
| Infiltration du pli ary-épiglottique, par Heymann | 369 |

| | Pages. |
|--|--------|
| Inflammations (Les) du labyrinthe, par Goerke | 597 |
| Inflammations des voies respiratoires supérieures et de l'oreille (Traitement des) par l'air chaud, avec présentation des instruments, par Laue Vansant | 133 |
| Inhalation (Sur l') et les différentes méthodes en usage dans l'antiquité pour guérir les différentes maladies des voies respiratoires, par Dimitriadès | 133 |
| Instruments de diagnostic nouveaux (Sur quelques), par Brünnings | 364 |
| Intoxications tardives dues au bromure d'éthyle, par Mounier .. | 490 |
| Intubation (L') depuis l'introduction de la sérothérapie, par Blau-menau | 547 |
| Kyste congénital du canal thyroïdienne, par Hanzel | 147 |
| Kyste dentaire, par Hutter | 143 |
| Kyste dentaire (Diagnostic précoce du), par Haïke | 372 |
| Kyste dermoïde (Volumineux) du plancher de la bouche, par Broekaert | 53 |
| Kystes du larynx (Deux), par Riester | 79 |
| Labyrinthe (Examen calorique du) à l'aide de l'air refroidi, par Aspissov | 551 |
| Labyrinthe (Sur la dégénérescence post-opératoire du), par C. M. Brown | 602 |
| Labyrinthe de l'oreille (De l'ouverture opératoire du), par Voïatchek | 603 |
| Labyrinthique (Étude clinique sur l'examen fonctionnel de l'appareil) par le courant galvanique, par George W. Mackenzie .. | 380 |
| Labyrinthiques (De la symptomatologie des affections). Nouvelle fonction du limaçon, par S. von Stein | 168 |
| Labyrinthite et méningite (Coexistence de), par Otto Mayer .. | 159 |
| Labyrinthite avec abcès extradural, par Tzitowitsch | 552 |
| Labyrinthite leucémique (Contribution à l'histologie de la), par Krepuska | 138 |
| Labyrinthite séreuse, par Erick Rutin | 167 |
| Labyrinthite suppurée et abcès du cervelet, par E. Urbantschitsch . | 168 |
| Labyrinthite suppurée et fistule du canal semi-circulaire. Compression du sinus sigmoïde, par E. Urbantschitsch | 168 |
| Labyrinthite spécifique, par Moralez Lahos | 501 |
| Labyrinthite suppurée (Traitement et pronostic de la), par Alexander | 134 |
| Labyrinthite suppurée (Démonstration de préparations concernant la pathologie de la), par Herzog | 557 |
| Labyrinthite suppurée circonscrite. Empyème du sac endolymphatique. Abcès du cervelet consécutif à une otite cholestéatomateuse, par Uffenorde | 558 |
| Labyrinthite suppurée consécutive à une otite moyenne aiguë, par Uffenorde | 557 |
| Labyrinthites (Contribution à l'étude des), par Grünberg | 75 |
| Labyrinthites suppurées (Diagnostic et traitement des), par de Stella | 53 |
| Laryngite catarrhale chez les chanteurs (Expériences personnelles sur le traitement de la), par E. de Tovoigyl | 131 |
| Laryngite phlegmoneuse (Un cas de), par Botella | 485 |
| Laryngite tuberculeuse guérie, par Heindl | 144 |
| Laryngite tuberculeuse guérie par galvanocautie, par Herbert Tilley | 291 |
| Laryngo-trachéotomie, par Navratil | 82 |
| Laryngostomie (De la), par Heryng | 550 |
| Laryngostomie (La) dans les périchondrites du larynx, par A. P. Yvanov | 169 |

| | Pages. |
|--|--------|
| Laryngostomisé guéri (Présentation d'un), par Jauquet | 57 |
| Leontis ossea, par Hutter | 143 |
| Leptoméningite purulente d'origine otique (Un cas de), par Pontchkowski | 383 |
| Lésions expérimentales de l'appareil auditif (Recherches sur les), par Marx | 601 |
| Lésions laryngées (Relations entre le siège des) et celui des lésions pulmonaires, par Jouty | 128 |
| Lésions nasales (Sur la nature tuberculeuse de quelques), par G. Faraci | 128 |
| Ligature de la jugulaire interne pour thrombose du sinus latéral, par A. Abrajanev | 588 |
| Limacon (Le) et sa sensibilité généralisée pour les sons, par Sohier Bryant | 381 |
| Limaçon du vestibule (La fonction du) et des canaux semi-circu- laires, par Denker | 555 |
| Lipome du larynx, par Tapia | 490 |
| Localisation pathologique du son (Sur la), par Urbantschitsch | 149 |
| Lupus (Cavité nasale, berceau du) , par Jacques Dresch ... | 325 |
| Lupus nasal (Quelques cas de), par Fernandès | 55 |
| Lymphadénome des deux parotides, par Delsaux | 62 |
| Lympho-sarcome de l'amygdale; opération radicale d'après la méthode de Vohsen, par G. Wilkinson | 286 |
| Mal de mer (A propos du), par Erick Ruttin | 160 |
| Maladie de Basedow (Sur le traitement chirurgical de la), par Hildebrandt | 86 |
| Malformation congénitale des deux pavillons avec atésie des deux conduits externes, par Ruttin | 150 |
| Manche universel (Nouveau) pour instruments d'oto-rhino-laryn- gologie, par Camille Hubert | 46 |
| Manche universel (Nouveau) pour instruments d'oto-rhino-laryn- gologie, par Camille Hubert | 187 |
| Mastoïde (Réunion primaire après trépanation de la), par H. O. Reik | 137 |
| Mastoïde (Guérison par première intention de la plaie après réséc- tion de la), par C. J. Blake | 141 |
| Mastoïde (Sur quelques procédés de technique donnant les meilleurs résultats opératoires fonctionnels et esthétiques dans les interventions sur la) pour lésions extradurales, par Sohier- Bryant | 141 |
| Mastoïde (Valeur comparée des différentes opérations sur la), par J.-C. Beck | 585 |
| Mastoïde de Bezold (Sur quinze cas de), par Eotella | 500 |
| Mastoidite suppurée subaiguë avec tympan non perforé, par Urbantschitsch | 152 |
| Mastoidites chroniques (Contribution au traitement des), par Can- dela | 500 |
| Membrane basilaire (Les qualités acoustiques de la), par Waetz- mann | 555 |
| Méningite cérébro-spinale et suppuration de l'oreille, par Levin- ger | 594 |
| Méningite labyrinthogène (Contribution à la clinique et au traite- ment de la), par Alexander | 395 |
| Méningite otogène (De la), par Neumann et Ghon | 137 |
| Méningite otogène (Étude clinique sur la chirurgie de la), par Alexander | 395 |
| Méningite séreuse et surdité, par De Stella | 593 |
| Méningite séreuse auriculaire, par Woss | 565 |
| Méningite suppurée guérie par opération, par Urbantschitsch | 164 |

| | Pages. |
|--|--------|
| Méningite tuberculeuse succédant à une otite moyenne aiguë, par Jourdin et Hugard | 577 |
| Mensuration (La) du pouvoir auditif avec les diapasons, par Quix | 378 |
| Méthode de Bier (La) dans le traitement des affections de l'oreille, par Kreis | 478 |
| Miroir de Clar (Modification importante dans le), par Gallegos .. | 502 |
| Mouvement respiratoire et pulsatile du tympan (Contribution à la question du), par Zytowitch | 64 |
| Narcose perorale (Démonstration des instruments de Kuhn pour la), par Milligan | 298 |
| Nécrologie du professeur Zaufal, par Politzer | 464 |
| Neurasthénie (La) dans ses rapports étiologiques avec les rhinopharyngites chroniques, par Royet | 89 |
| Neurasthénie toxique d'origine otogène, par Urbantschitsch ... | 149 |
| Névralgie dentaire (Sur la) et surtout sur l'otalgie d'origine dentaire, par F. Müller | 400 |
| Névrite du nerf facial et du nerf vestibulaire d'origine syphilitique, par Bondy | 458 |
| Névrite alcoolique de l'acoustique (Sur la), par Morian | 567 |
| Névroses ethmoïdales (Sur les), par Killian | 365 |
| Nodule des chanteurs, par Peters | 289 |
| Nodules des chanteurs (Traitement des) ou autres excroissances des cordes par la galvano-cautérisation. Nouveau cautérisé, par C.-J. Koenig | 490 |
| Note rectificative, par E. Lombard | 34 |
| Note rectificative (A propos de la) et de la rectification, par E. Lombard | 111 |
| Nystagmographie (Applications pratiques du), par Buys | 59 |
| Nystagmus (Sur le) provoqué par les mouvements rapides de la tête, par Barany | 140 |
| Nystagmus céphalique, par Urbantschitsch | 138 |
| Nystagmus (Du) vestibulaire, par Gradenigo | 60 |
| Œdème du larynx après ingestion d'iodure de potassium, par Karl Kofler | 81 |
| Œdèmes primitifs du pharynx et du larynx (Diagnostic et traitement des), par Castaneda | 488 |
| Œsophage (De la physiologie de l'), par Guiseux et Abrand | 273 |
| Œsophagoscopie (De la valeur clinique de l') et de la bronchoscopie, par de Lens | 177 |
| Oreille (École pour les élèves durs d'), par Hartmann | 136 |
| Oreille (Expériences sur l'accommodation de l'), par Quix | 570 |
| Oreille (Manuel des maladies de l'), par Richard Lake | 571 |
| Oreilles des écoliers (L'intérêt que doivent prendre les maîtres, les parents et le médecin d'école à l'hygiène des), par G. Alexander | 466 |
| Ossification (L') du larynx humain, par Schoier | 375 |
| Ostéite de la pointe du rocher et abcès latéro-pharyngien croisés, par Paul Albert | 185 |
| Ostéites et périostites isolées du temporal, par P. Jacques et F. Gault | 502 |
| Ostéofibrome du maxillaire supérieur (De l'), par Louis Gagnier | 524 |
| Ostéome de la tête, par Kretschmann | 568 |
| Ostéomyélite de l'os temporal droit consécutive à une mastoïdite, par Hunter Tod | 298 |
| Ostéomyélite du maxillaire supérieur chez le nouveau-né, par Landwehrmann | 91 |
| Ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur chez un nourrisson de quatre semaines, par Fliess | 372 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Ostéomyélite consécutive à une otite moyenne aiguë, par Hansberg | 570 |
| Ostium pharyngé de la trompe (Contribution à l'endoscopie de l'), par Mayr | 582 |
| Otalgie d'origine dentaire (Sur la névralgie dentaire et surtout sur l'), par F. Müller | 400 |
| Otite catarrhale chronique (Du traitement de l') et de l'otosclérose par les agents naturels, par Malioutine | 174 |
| Otite moyenne (L') dans la scarlatine, par Leandro Uvena | 398 |
| Otite moyenne (L') comme symptômes précoces et phénomènes des infections générales, par H. Braun | 579 |
| Otite moyenne (Sur le traitement de l') par le courant faradique, par Zitowitsch | 582 |
| Otite moyenne aiguë au cours de la furonculose du conduit, par J. Delacour | 184 |
| Otite moyenne aiguë bulbeuse, par E. Urbantschitsch | 160 |
| Otite moyenne aiguë compliquée de mastoïdite (Contribution à la bactériologie de l'), par Mark | 63 |
| Otite moyenne chronique suppurée. Cholestéatome. Abscès extradural et compression du sinus. Méningite cérébro-spinale épidémique, par Ruttin | 167 |
| Otite moyenne chronique suppurée (Sur la guérison de l') par le traitement conservateur, par E. Vogt | 578 |
| Otite moyenne purulente chronique guérie durant quinze mois par une antrotomie pour mastoïdite aiguë. Récidive. Évidemment pétro-mastoldien pour fongosités de la dure-mère cérébrale, suite de carie du toit de l'attique et pour cellulite périlabyrinthique à foyers multiples. Exploration du cerveau négative. Abscès de la pointe du rocher se vidant dans le pharynx. Thrombo-phlébite de la jugulaire interne chez une malade hystérique. Guérison, par Mackiewicz | 36 |
| Otite moyenne suppurée. Évidemment pétro-mastoldien. Phlegmon du cou. Abscès métastatique dans le périnée, par Ruttin | 152 |
| Otite moyenne suppurée (Un cas d') compliquée de tumeur cérébrale, par Kustner | 392 |
| Otite suppurée ? (Doit-on isoler de l'école les enfants atteints d'), par Pasquier | 189 |
| Otite ozéneuse (L'), par Lannois et Jacod | 305 |
| Otites moyennes (De l'influence des) sur l'odorat, par Urbantschitsch | 581 |
| Otites moyennes (De l'influence des) sur les sensations olfactives, par Urbantschitsch | 593 |
| Otites moyennes aiguës (Sur l'existence du bacille de la paratyphoïde dans les), par A. Marum | 66 |
| Otites moyennes chroniques (Étude cytologique de la sécrétion dans les), par H. White et O. Klotz | 585 |
| Otologie (Trois conférences sur l'), par Schwartz | 401 |
| Otopathies (Sur l'emploi de l'onguent rouge écarlate dans les), par Stein | 580 |
| Otorrhée (Le perhydrol (eau oxygénée à 30 p. 100, Merck) dans le traitement de l'), par Bresgen | 142 |
| Otorrhée (Paralysie centrale des sixième et septième paires au cours d'une), par Jacques et Lucien | 597 |
| Otorrhées chroniques (Évidemment conservateur dans les), par Botey | 501 |
| Otosclérose (Sur l'), par Sugar | 139 |
| Otosclérose (De l'), par Bruhl | 539 |
| Otosclérose (Sur la valeur de la syphilis pour la pathologie de l'), par Beck | 586 |

| | Pages. |
|--|--------|
| Ouïe (Tableau de mots servant aux épreuves de l'), par Barany.. | 557 |
| Ozène et rééducation nasale. Nouvel essai de thérapeutique , par Robert Foy | 531 |
| Ozène et rééducation respiratoire, par Robert Foy | 182 |
| Ozène (Sur les formes précoces de l'), par Baumgarten | 126 |
| Ozène (Du traitement de l') par des injections de paraffine, par Swerjevski | 470 |
| Ozène (Thermothérapie dans l'), par Möller | 364 |
| Palato et jugoplasie à lambeau fronto-temporal après la résection totale du maxillaire supérieur , par L. Ledoux | 21 |
| Palatoplastie après résection totale du maxillaire supérieur, par Ledoux | 61 |
| Pansement d'évidés (Nouveau) , par Paul Bourlon | 284 |
| Pansinusite (Un cas de) avec complications oculaires, endocraniennes et pharyngées, par Jauquet | 51 |
| Papillomatose chez un garçon âgé de six ans. Opération par la méthode directe, par Herbert Tilley | 288 |
| Papillome du larynx et papillome symétrique du voile, par Andrew Wylie | 288 |
| Papillome pédiculé du conduit membraneux, par Milligan | 297 |
| Papillomes (Présentations de malades opérés de laryngostomie pour), par Béco | 56 |
| Papillomes du larynx. Tuméfaction énorme de la muqueuse trachéo-bronchique guérie par curettage de la muqueuse, par Uffenorde | 365 |
| Papillomes suffocants du larynx (Jeune femme atteinte de), par Blondiau | 57 |
| Paralabyrinthite avec fistule du canal semi-circulaire, par Benesi | 156 |
| Paralysie des cordes vocales (Vingt-deux cas de), par Aboulker | 130 |
| Paralysie du facial consécutive à une otite moyenne aiguë, par Davis | 299 |
| Paralysie du récurrent gauche avec anévrysme et tabes, par Finder | 372 |
| Paralysie bilatérale du moteur oculaire externe au cours d'une oto-mastoidite unilatérale, par Blanluet | 191 |
| Paralysie bilatérale du récurrent chez un garçon de treize ans, par Halle | 372 |
| Paralysie centrale des sixième et septième paires au cours d'une otorrhée, par Jacques et Lucien | 597 |
| Paralysie faciale (Cinq cas de) suivis d'intervention, par Galdiz | 499 |
| Paralysie laryngée associée d'origine traumatique (Un cas de) , par A. Gignoux | 505 |
| Paralysie laryngée dans la fièvre typhoïde, par Pallasse | 82 |
| Paralysie récurrentielle et rétrécissement mitral , par J. Garel | 315 |
| Paralysie récurrentielle (Un cas curieux de), par Horcasitas | 489 |
| Paralysie traumatique du facial et de l'acoustique, par Blondiau | 61 |
| Paralysies faciales d'origine otique (Sur les), par Castaneda | 498 |
| Paralysies laryngées d'origine bulbaire, par Tapia | 489 |
| Parésie (La) du voile du palais, par Hudson Makuen | 130 |
| Parésie du voile du pharynx et de l'œsophage, par Kelson | 287 |
| Pemphigus chronique occupant exclusivement la muqueuse buccale, par Menzel | 144 |
| Perforation traumatique du palais, par Hemmington Peyler | 293 |
| Perhydrol (Lc) (eau oxygénée à 30 p. 100 Merck) dans le traitement de l'otorrhée, par Bresgen | 142 |
| Périchondrite primitive du larynx (Deux cas de), par Botella | 485 |
| Périchondrite tuberculeuse du pavillon de l'oreille, par Heschl | 155 |
| Périchondrite du larynx (La laryngostomie dans les), par A. P. Yvanov | 169 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Périostite suppurée du temporal (Trois cas de) d'origine otique, par Ricardo Botey | 67 |
| Périostite du conduit auditif externe (Contribution à l'étude des) au cours des otites suppurées , par Le Marc'hadour et Léopold Chauveau | 1 |
| Perméabilité (La) du tympan pour l'air, par Urbantschitsch | 138 |
| Pertes de substance (Les) faites dans la cavité crânienne après la radicale ou l'antrotomie sont-elles sans importance? par Winkler | 564 |
| Pharyngites chroniques (Influence étiologique des affections gastriques hypersecrétrices dans les) et les paresthésies pharyngées, par Santiuste | 483 |
| Pharyngoscope de Hays, par Finder | 368 |
| Photothérapie en oto-rhino-laryngologie (Sur la technique de la), par Nepveu | 190 |
| Physiologie de l'œsophage (De la) , par Guisez et Abrand | 273 |
| Pneumatocèle du canal de Sténon et de la parotide, par H. Barral | 194 |
| Pneumodographie clinique (Revue historique et critique de la), par Courtade | 483 |
| Polynévrite syphilitique, par Braun | 149 |
| Polype muqueux dans l'orifice pharyngé de la trompe d'Eustache, par Arnold Jones | 298 |
| Polypes choanaux (Sur l'origine et une méthode opératoire simple des), Kornel de Lang | 128 |
| Polypes fibro-muqueux du naso-pharynx, par Aboulker | 128 |
| Polypes naso-pharyngiens (Contribution à l'étude des). Cas rare de sarcome alvéolaire du bord des choanes, par Samoilenko | 547 |
| Polysinusite (Modifications au procédé habituellement employé pour la cure de la), par Merckx | 55 |
| Polysinusite de la face (Malades opérés de), par Collet | 55 |
| Ponction lombaire dans un cas mal défini, par Barany | 159 |
| Pouvoir auditif (La mensuration du) avec les diapasons, par Quix | 378 |
| Pouvoir auditif (Sur les relations entre le) et la durée de perception des diapasons. Application pour la reconnaissance de la simulation et de l'aggravation, par Rhese | 378 |
| Pouvoir de résorption du conduit externe (Sur le) et sur la perméabilité du tympan, par Schönemann | 137 |
| Préparations anatomiques (Démonstration de quelques), par Sydney Scott | 293 |
| Présentation, par Barany | 151 |
| Présentation d'une malade, par Leilder | 154 |
| Pyémie ostéophrébitique, par Alt | 153 |
| Pyémie otogène et thrombose infectieuse du sinus, par Uchermann | 394 |
| Pyohémie (De la) et de la septico-pyohémie otogènes et de leur traitement, par J. Chmourlo | 588 |
| Pyolabyrinthite chronique circonscrite (Sur un cas de), par Maltese | 603 |
| Radical (Traitement secondaire de la) sans tampon, par W. Lieck | 66 |
| Réaction de Wassermann (Sur la valeur de la) en rhino-laryngologie, par Weinstein | 87 |
| Réaction de Wassermann (La valeur de la) en otologie, par Léopold Arzt | 142 |
| Réaction de Wassermann (A propos de la), par Müller | 148 |
| Rectification, par Robert Barany | 110 |

| | Pages. |
|--|--------|
| Régénérescence des cordes vocales extirpées, par B. Frænkel | 80 |
| Relations entre l'appareil vestibulaire, le cervelet, le cerveau et la moelle épinière (Nouvelles méthodes d'examen des) , par Robert Barany | 197 |
| Relèvement du tympan (Quelques considérations sur le) , par Birman-Bera | 14 |
| Réséction étendue de l'écaille du temporal, de la grande aile du sphénoïde; abcès extra et intradural: cholestéatome du lobe temporal, par Ruttin | 149 |
| Réséction sous-muqueuse du septum (Incision de la muqueuse pour la), par Vinckler | 361 |
| Rhinite atrophique (Relation de la) et de la tuberculose, par Caboche | 183 |
| Rhino-pharyngites chroniques (La neurasthénie dans ses rapports étiologiques avec les), par Royet | 89 |
| Röntgéno-graphie des sinus accessoires du nez et de l'os temporal (Sur la), par Brünings | 364 |
| Röntgénélogique (Examen) des sinus périmasaux, par Peyser | 375 |
| Röntgénéthérapie (La) du goitre, par Wohrizek | 92 |
| Rupture du tympan, par E. Urbantschitsch | 165 |
| Salive des otopathes (La valeur du sulfocyanure de potassium dans la) , par V. Combier | 473 |
| Sarcome du larynx. Opération. Extirpation totale du larynx. Guérison depuis dix ans, par Salzburg | 363 |
| Sarcome de l'oreille moyenne (Un cas de), par Gebrovsky | 597 |
| Scarlatine (L'otite moyenne dans la), par Leandro Uvena | 398 |
| Scarlatine (Étude statistique des affections de l'appareil auditif après), par Nager | 399 |
| Sclérome (Traitement du), par von Schrotter | 125 |
| Sclérome du nez et du pharynx, par Marschik | 144 |
| Septicémie otogène (L'opération précoce dans la), par Hansberg | 563 |
| Septum (Réséction fenêtrée simple du), par Fein | 132 |
| Septum (Méthode buccale et nasale pour les opérations sur le), par Halle | 371 |
| Sinus de la face (Pathologie et traitement des affections inflammatoires des), par Hajeck | 193 |
| Sinusite ethmoïdale (A propos de la technique de l'opération radicale de la) par voie extranasale, par Marschik | 144 |
| Sinusite frontale traumatique, par Glas | 147 |
| Sinusite fronto-ethmoïdale opérée sous anesthésie locale, par Luc | 188 |
| Sinusite fronto-maxillaire bilatérale (Présentation d'une opérée de), par Labarrière | 357 |
| Sinusite latente, par Kofler | 146 |
| Sinusite maxillaire (Opération radicale de la) sous anesthésie locale, par Denker | 360 |
| Son (Recherches critiques sur la limite supérieure du), par Hegener | 556 |
| Sourd-muet (Le), sa responsabilité pénale et sa capacité civile, par Barbera | 500 |
| Sourds-muets (L'examen fonctionnel chez les) comme base de l'enseignement, par F. Wanner | 141 |
| Sourds-muets (Les progrès dans l'éducation des), par Hugo Stern | 568 |
| Sourds-muets (Le nouveau règlement concernant la statistique des) en Bavière, par Wanner | 569 |
| Épaulule (Démonstrations d'une nouvelle), par Killian | 365 |
| Sporotrichose pharyngo-laryngée (Un cas de). Préparations microscopiques, par Capart, père | 54 |
| Sténose laryngo-trachéale (Cinq cas de) traités de façon différente, par Delsaux | 57 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Sténose lupique tuberculeuse (Un cas curieux de) guérie par la dilatation interne, par Villar Urbano | 491 |
| Sténoses du larynx guéries par l'intubation, par Emile Mayer .. | 426 |
| Sténoses cicatricielles du larynx (Traitement des) par les méthodes d'O'Dwyer et Rogers par, Bryson Delavan | 426 |
| Sténoses laryngo-trachéales (Traitement chirurgical des), par Sargnon et Barlatier | 422 |
| Suppuration du labyrinthe (Contribution à la clinique), de la par Franz Nuenberg | 77 |
| Suppuration du labyrinthe (Etude sur la), par Politzer | 134 |
| Suppuration chronique du labyrinthe, thrombose du sinus, abcès du cervelet. Opération, guérison, par Ruttin | 464 |
| Suppuration et opérations du labyrinthe (Sur les), par Ruttin .. | 438 |
| Suppuration de la trompe, par Urbantschitsch | 583 |
| Surdi-mutité (Sur l'étiologie de la), par E. Urbantschitsch | 560 |
| Surdi-mutité (Contribution à la pathologie de la) avec remarques sur la physiologie et la pathologie de la périlymphe et de l'endolymphe, par Ruttin | 567 |
| Surdi-mutité par dégénérescence héréditaire (Contribution à la), par Hammerschlag | 684 |
| Surdi-mutité congénitale (Sur la) compliquée de goitre, par Mannasse | 397 |
| Surdité (Prophylaxie de la), par Sargent Snow | 140 |
| Surdité bilatérale subite par, De Parrel | 186 |
| Surdité chronique (Du traitement de la) et des bruits subjectifs par les vibrations combinées avec le cornet métallique, par Préobrajenski | 471 |
| Surdité endémique (Sur la), par Otto Mayer | 560 |
| Surdité héréditaire (La) par dégénérescence; la surdité labyrinthaire progressive et l'otosclérose, par Hammerschlag | 587 |
| Surdité labyrinthique totale et définitive par coup de feu de l'oreille droite. — Troubles transitoires de l'appareil vestibulaire. — Opération. — Persistance des troubles fonctionnels, par Paul Gibert et Emile Halphen | 347 |
| Surdité uni et bilatérale (Nouvelle méthode pour la recherche de simulation de la), par Barany | 557 |
| Surdité unilatérale (Méthode pour démasquer la simulation de la), par Marx | 602 |
| Surdités progressives post-traumatiques, par Cornet | 183 |
| Symptôme fistuleux (Du soi-disant) dans les affections de l'oreille interne, par Voïatchek | 72 |
| Symptôme fistuleux du labyrinthe et sa valeur clinique, par Galebski | 550 |
| Synéchie naso-pharyngée (Un cas de), par Candela | 483 |
| Synéchies nasales (Traitement des), par von Eicken | 361 |
| Syphilis (Sur la valeur de la) pour la pathologie de l'otosclérose, par Beck | 586 |
| Syphilis du labyrinthe, par Barany | 452 |
| Syphilis des voies respiratoires inférieures (Traitement de la), par Lautmann | 428 |
| Syphilis (Héréditaire) tardive du larynx, par Castex | 485 |
| Télescope binoculaire stéréoscopique pour le larynx, par Hege-ner | 365 |
| Théorie de Zimmermann (A propos de la), par Neumann | 550 |
| Thermothérapie dans l'ozène, par Möller | 364 |
| Thrombo-phlébites du sinus (La ligature du sinus dans les), par Barrajas | 500 |
| Thrombo-phlébites du sinus caverneux (Sur le traitement chirurgical des), par L. Tavernier | 390 |

| | Pages. |
|---|--------|
| Thrombose du sinus (A propos de la ligature de la jugulaire dans les cas de), par Sorok | 134 |
| Thrombose du sinus, par Urbantschitsch | 161 |
| Thrombose du sinus, par E. Urbantschitsch | 165 |
| Thrombose du sinus et du golfe (Guérison spontanée d'une), par Barany | 150 |
| Thrombose du sinus par compression, par Ruttin | 162 |
| Thrombose par compression du sinus sigmoïde, par Bondy | 167 |
| Thrombose du sinus latéral (Ligature de la jugulaire interne pour), par A. Abrajanev | 588 |
| Thrombose otitique du sinus exceptionnellement étendue et terminée par la guérison, par Leidler | 151 |
| Thrombose otitique du sinus (Contribution à la clinique et à la pathologie de la), par G. Bondy | 595 |
| Thrombose otogène du sinus (Contribution au traitement de la), par Fleischmann | 137 |
| Tic douloureux de la face de la forme aiguë et curable, par M. Lannois | 90 |
| Ton dit primaire (Sur la valeur du) pour le chant, par Stern | 366 |
| Tonus de la membrane du tympan (Recherches comparées sur le) dans certaines affections auriculaires, par Voïatchek | 64 |
| Toxydermie après trépanation mastoïdienne. Cas de septicémie otogène sans thrombo-sinusite, par Bar | 141 |
| Trachéo-bronchoscopie (De la), par Schneider | 177 |
| Trachéotomie (Des suites de la), par Ritter | 369 |
| Transillumination de l'apophyse mastoïde par le conduit, par Dintenfass | 163 |
| Traumatisme du larynx, par Peters | 289 |
| Traumatismes du larynx (Deux grands), par Barbera | 489 |
| Traumatismes de l'os temporal (Les suites dans les), par Manassé | 552 |
| Trépanation de la fosse canine (Sur l'incision dans la), par Winckler | 564 |
| Trompe d'Eustache (Méthode directe pour l'examen et le traitement de la), par Gyergyai | 567 |
| Troubles de l'équilibre (Diagnostic différentiel entre les) d'origine cérébelleuse ou d'origine hystérique, par Barany | 157 |
| Troubles de la parole (Les rapports de la rhino-laryngologie avec les), par Hugo Stern | 130 |
| Tuberculome du lobe de l'oreille chez une femme de 22 ans, par Frey | 148 |
| Tuberculome du ventricule de Morgagni (Extirpation d'un) par thyrotomie. Guérison, par Korner | 81 |
| Tuberculose (La thérapeutique inhalatoire et les inhalations dans le traitement de la), par Kopilov | 175 |
| Tuberculose du larynx (L'amputation de l'épiglotte dans la), par Jorgen Moller | 81 |
| Tuberculose du larynx guérie par la galvanocaustie, par Dundas Grant | 287 |
| Tuberculose laryngée (Vingt ans de traitement chirurgical de la), par Heryng | 176 |
| Tuberculose laryngée (Traitement et curabilité de la), par Portela | 495 |
| Tuberculose laryngée (Prophylaxie de la); traitement par la tuberculine, par Jimenez Encina | 487 |
| Tumeur de l'acoustique ou du cervelet, par Frey | 152 |
| Tumeur du médiastin avec compression du récurrent, par Delsaux | 63 |
| Tumeur du rhino-pharynx chez un garçon de douze ans, par Milligan | 297 |
| Tumeur maligne de la base de la langue, par Menzel | 146 |
| Tumeur rare de la base du crâne, par Hajek et Polyak | 128 |

| | Pages. |
|--|--------|
| Tumeurs bénignes du sinus maxillaire (Les), par Otto Kahler ... | 128 |
| Tumeurs malignes des fosses nasales et sinus accessoires, par Lazarraga | 497 |
| Tumeurs malignes du nez (Sur les opérations radicales des), par Morelli | 429 |
| Tumeurs ponto-cérébelleuses (Diagnostic des), par Glaus | 569 |
| Turbinectomie sous-muqueuse, par Zarniko | 363 |
| Turbinotomie (Sur les effets nuisibles de la) sur l'organisme, par Moskovitz | 133 |
| Tympan artificiel, par Alt | 161 |
| Tympan artificiel (Expériences sur l'action du), par Barany | 555 |
| Urémie simulant une complication cérébrale d'origine otitique, par Levinger | 587 |
| Vertige de Ménière (Cas de), par P. Mackenzie | 298 |
| Vertige de Ménière syphilitique (Le). Labyrinthite et iritis doubles, par G. Scherb | 259 |
| Vertige auriculaire et vertige voltaïque, par Zimmern et Gendreau | 186 |
| Vertige labyrinthique (La ponction lombaire dans le traitement du), par E. Molard | 573 |
| Vertige laryngé, par Davis | 285 |
| Vertige voltaïque et troubles auriculaires, par J. Babinski | 179 |
| Voile du palais (Les relations du) avec le système nerveux, par Rethi | 122 |
| Voile du palais (Le) et ses relations avec le système nerveux, par Rethi | 130 |
| Voûte palatine (Blessure de la), par Sétien | 482 |
| Zona thoracique d'origine nasale, par Mahu | 184 |

Medical Societies

Austrian Chol Socy June/99 p148, Oct/99 p151
Nov p152, Dec/99 p158, Jan/10 p155
Feb p154

Belgium Blokk Lar. Song, June/10, p 58
Berlin Lar. Song, Feb/10, p 357, incl p 370
Apr p 372, May, p 374

England R. S. Hartshorn Feb¹⁰ p 288
Inch p 288, Apr p 291, May p 292

England R. I. Dec 1. Feb 4/10 p 297. No. 295

German Can. Socy, May 10 p 359

German Blockade May 10/1952

Silene Cong 1910 L. v. Sect p 131
" " " Blo. S. p 134

Paris
Lar. H. Rh. Sky
p 186, June p 189

Russian Pt. N. L. Long Sec 68. 168

Spain to RL Law Bay 4/20/10/54182

St Petersburg Photovoy Jan'y 09 p 547
Feb'y p 548, 2nd p 59, wv p 551

Victim at Hol. Gray Dec 1891 p 143, Jan 1892
p 145, Feb 1892 p 146

131

8

320

8

2

295

1

8

7